

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
"RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"

"IMPACTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA
UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PSIQUIATRIA"



T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PSIQUIATRIA
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M. E S E N T A:

ALEJANDRO MOLINA LOPEZ

ASESOR CLINICO:
DR. GERARDO HEINZE MARTIN

ASESOR METODOLOGICO:
ING. JOSE CORTES SOTRES

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 2004

Facultad de Medicina



DR. ALEJANDRO GILZ MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre; por su ejemplo de fortaleza y perseverancia

A mi padre, porque siempre está conmigo

A mi hermano Carlos, por su ejemplo de rectitud y paciencia

A mi hermano Ernesto, por su sabiduría, tan requerida en mi ejercicio profesional

A mi amada Gaby, por su enorme corazón, refugio de mis penas y cuna de mis alegrías

A mi hermano Víctor, cómplice y colega, por sus reflexiones, sus chistes, su amistad y sus consejos

A mis amigos: Jorge, José Enrique, Juan Carlos, Mario, Juan José, Mónica, Jackelín, Miriam y Vicky, que tantas aventuras hemos pasado juntos.

A mis maestros psiquiatras: Enrique Camarena, Fernando Izunza, Alfredo Alcántar, Diana Molina y Víctor Ruiz, de quienes aprendí mucho más que conceptos, y me enorgullece en ahora ser uno de ellos.

A mis alumnos, de quienes también aprendo más cada día

A Lupita, por su apoyo en el préstamo de expedientes, que sin su ayuda éste trabajo no se hubiese podido realizar, y por las largas charlas que siempre me dan un nuevo punto de vista.

A todos los que contribuyeron directa o indirectamente con la realización de éste trabajo, mil gracias de antemano, por haberme ayudado a finalizar el proyecto más fascinante de mi vida: Lograr ser, en beneficio de mi Patria y de mis semejantes, un "Apasionado Sanador del Cuerpo y del Alma".

DEDICATORIA

"Los claros timbres de los que estoy ufano
han de salir de la calumnia ilesos.
Hay plumajes que cruzan el pantano
Y no se manchan... ¡Mi plumaje es de esos!

¡Alumbrar es arder! ¡Esto encendido
será el fuego voraz que me consuma!
La perla brota del molusco herido
Y Venus nace de la amarga espuma.

Erguido bajo el golpe en la porfía,
Me siento superior a la victoria.
Tengo fe en mí: la adversidad podría
quitarme el triunfo, ¡pero no la gloria!

Salvador Díaz Mirón

*A mis enemigos,
A los que me defraudaron,
A los que me traicionaron,
A los que intentaron destruirme;
Porque me impulsaron a mejorar
Mucho más que un ser amado.*

INDICE

INTRODUCCION	1
I EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	2
1.- Definición	2
2.- Epidemiología.....	3
3.- Criterios del DSM – IV para el Trastorno Depresivo Mayor.....	5
4.- Bases Biológicas del Trastorno Depresivo Mayor.....	7
5.- Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.	12
II LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	14
1.- Conceptos Básicos	14
2.- Características de los Trastornos de la Personalidad	17
3.- Etiología de los Trastornos de la Personalidad	20
4.- Criterios del DSM-IV para los Trastornos de la Personalidad	25
III COMORBILIDAD DEL TDM CON LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	35
IV UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	40
V JUSTIFICACION	43
VI HIPOTESIS	44
VII MATERIAL Y METODOS	45
1.- Sujetos	45
2.- Tipo de Estudio	46
3.- Variables	46
4.- Análisis Estadístico	48
VIII RESULTADOS	50
IX CONCLUSIONES	67
X BIBLIOGRAFIA	70

INTRODUCCION

Dentro de la práctica clínica psiquiátrica, el especialista del siglo que comienza se enfrenta ante nuevos retos y dificultades, secundario lo anterior a un aumento considerable de la aceleración en la información y en la urbanización de las sociedades modernas, siendo así que el hombre, un ser sociable, tiene que tener a la mano nuevas herramientas de ajuste y adaptación al medio en constante cambio.

Gracias a dicho aumento de la información y de la educación de los diferentes sectores poblacionales, nuestra especialidad tiene una mayor aceptación y por lo tanto, una mayor demanda de los servicios especializados en salud mental. Debido a lo anterior, es imprescindible tener un acercamiento para entender de una forma global cómo es que dicha utilización de los diferentes servicios se lleva a cabo, con el fin de mejorar la atención brindada al público e identificar los problemas que, en un momento dado, pueden interferir con el buen o mal apego al tratamiento, y por lo tanto, la persistencia de un problema de salud pública (1).

El especialista en psiquiatría por lo general se encuentra ante dificultades cuando, dentro de la atención que brinda, trata con un paciente que, independientemente del trastorno psiquiátrico que le aqueja, tiene además un trastorno de la personalidad; esto ocurre debido a que por lo general los pacientes con problemas de personalidad suelen ser más demandantes, con más resistencia al tratamiento, con el mayor índice de recaídas y con mayor tendencia a abandonar la terapéutica (2), sin embargo, se han realizado pocos estudios en nuestro país para determinar el grado cuantitativo de éste impacto.

Por lo anterior, expondré a continuación un estudio en el que se abordó el trastorno psiquiátrico más frecuente de la práctica clínica, el Trastorno Depresivo Mayor, en el que además coexiste o no algún trastorno de la personalidad, para determinar hasta qué grado afecta la presencia de algún trastorno de personalidad en la utilización de los servicios de salud mental en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, tomándose la utilización de los servicios como una medida indirecta del apego y éxito al tratamiento, y tomándose la muestra que parte de la institución como representativa de la población de nuestro país.

I. EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1.- DEFINICION

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es el más frecuente de los trastornos del estado de ánimo. Ya en la antigüedad se han descrito casos de depresión: La Historia del Rey Saúl en el Antiguo Testamento y la del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de "manía" y "melancolía" para describir trastornos mentales.

Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas, y por lo general sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad. Sin embargo, cuando se habla de un trastorno del estado de ánimo, se pierde esa sensación de control y se presenta una sensación de malestar general (3).

Los pacientes con estado de ánimo deprimido experimentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito, e ideas de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas de los trastornos del

estado de ánimo consisten en cambios en el nivel de actividad, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas como el sueño, apetito, actividad sexual y ritmos biológicos. Estos cambios casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral (4).

Los trastornos depresivos son trastornos mentales que se caracterizan por perturbación del humor. En algunos casos, los períodos depresivos se alternan con estados de elación y exaltación.

2.- EPIDEMIOLOGIA

La depresión es el más común de los trastornos psiquiátricos en la consulta externa, en las salas de los hospitales generales y también en la consulta privada. Se estima que las posibilidades que una persona tiene de desarrollar un trastorno depresivo durante su vida varían entre 8% y 20%. Según la Organización Mundial de la Salud, hay en el mundo 100 millones de personas deprimidas.

Aunque la prevalencia de los trastornos depresivos varía en diferentes estudios, se han realizado estudios prospectivos por largo tiempo que la estimen. En uno de ellos, realizando un seguimiento alrededor de 15 años, se encontró que de los sujetos que vivieron hasta los 70 años, 27% de los varones y 45% de las mujeres presentaron "depresión clínicamente significativa". Los episodios con intensidad de moderada a severa, la frecuencia fue de 16% y 29%, respectivamente; y los casos severos fueron 2.9% y 3.4%. Como en otros estudios, la mayor frecuencia se dio en mujeres, si bien esto fue menos evidente en los casos más severos (5).

Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Se desconocen las razones de ésta diferencia, y

algunas hipótesis que se han planteado para explicarla son factores hormonales, los efectos del parto, los diferentes factores de estrés psicosociales para mujeres y hombres y los modelos conductuales de indefensión aprendida (6).

La media de la edad para el inicio del TDM se sitúa en alrededor de los 40 años, en el 50% de los pacientes el trastorno se inicia entre los 20 y los 50 años. Algunos estudios epidemiológicos recientes sugieren que la incidencia del trastorno depresivo mayor puede estar aumentando entre las personas menores de 20 años (7).

En general, el TDM se observa más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas, o que están separadas o divorciadas. Se han hecho estudios a lo largo del mundo para determinar si hay una mayor prevalencia del TDM en algún grupo étnico o raza en específico; en general no varía entre los diferentes grupos étnicos o razas (8).

Los episodios depresivos pueden alcanzar una duración considerable (Hasta de años). Se ha establecido que la tasa de recurrencia del TDM es mayor del 50% después de un episodio único, a medida que el paciente presente múltiples episodios la tasa aumenta. La mortalidad por suicidio es alta cuando el TDM no es tratado adecuadamente:

Se ha establecido la **“regla de los siete”**, relacionada al TDM y al suicidio, la cual se expresa a continuación:

- 1.- Uno de cada siete personas con TDM recurrente intentan suicidarse
- 2.- 70% de los suicidios son secundarios a un trastorno depresivo
- 3.- 70% buscan a su médico de atención primaria dentro de las 6 semanas previas al suicidio
- 4.- El suicidio es la séptima causa de mortalidad en los Estados Unidos (9).

3.- CRITERIOS DEL DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Se mencionarán a continuación los criterios de la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (9), para el TDM.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) Estado de ánimo deprimido o 2) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (Por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo llanto).
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (Según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (Por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (Observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (Que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (Ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (No sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen con los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Por ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (Por ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (Por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

4.- BASES BIOLÓGICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

A) Sistema Serotoninérgico.

La principal teoría acerca de la etiología de la depresión consiste en la deficiencia en algunos neurotransmisores monoaminérgicos, principalmente la norepinefrina y la serotonina (ó 5-hidroxitriptamina).

Se ha establecido que en la génesis y tratamiento del trastorno depresivo mayor, la serotonina es el principal aminoácido implicado. Para la síntesis de la serotonina es necesaria la presencia de un aminoácido, el triptófano; posteriormente es hidroxilado por la enzima triptófano hidroxilasa, para convertirlo en 5-Hidroxitriptófano, que posteriormente es descarboxilado y convertido en 5-Hidroxitriptamina (5-HT).

Se han identificado en el cerebro un total de 12 receptores distintos a la 5HT, revelando cuatro familias principales de receptores a serotonina: de 5HT1 a 5HT4. Los receptores 5HT1, caracterizados por su alta afinidad a la serotonina, se han dividido de 5HT1A a 5HT1F.

Con la excepción del receptor 5HT3, que pertenece al grupo de los receptores directamente acoplados a canales iónicos, los demás receptores de la 5HT están acoplados a proteínas G. Los receptores 5HT3 se encuentran localizados en neuronas de la corteza, el hipocampo, la amígdala y los núcleos dorsales del rafe (10).

Los receptores para 5-HT se clasifican en presinápticos y postsinápticos. Los receptores presinápticos son los 5HT1A y 5HT1D, y los receptores postsinápticos son los 5HT2A, 5HT2C, 5HT3 y 5HT4.

Los receptores 5HT presinápticos son autorreceptores, y detectan la presencia de la serotonina, causando una inhibición de la liberación de serotonina y del impulso nervioso producido por ésta. Los receptores 5HT1A que se encuentran en las dendritas son también llamados receptores somatodendríticos.

Los receptores 5HT1D que se detectan en las terminales axónicas son también llamados autorreceptores terminales, y su ocupación inhibe la liberación de serotonina.

La neurona serotoninérgica no solamente tiene receptores serotoninérgicos presinápticos, sino que también los tiene noradrenérgicos, del tipo alfa-1 y alfa-2, que también regulan la liberación de serotonina. La ocupación de éstos receptores por la noradrenalina detendrán la liberación de serotonina. Los receptores serotoninérgicos postsinápticos, como son los 5HT2A, 5HT2C y 5HT3, regulan el traslado de la serotonina del polo presináptico al postsináptico y la neurotransmisión serotoninérgica, y están involucrados en varias vías serotoninérgicas del sistema nervioso central. La zona donde coinciden la mayoría de los somas de las neuronas serotoninérgicas se denomina **núcleos del rafé**. Las proyecciones de los núcleos del rafé a diferentes zonas del encéfalo están involucradas en varias funciones vegetativas y afectivas del sistema nervioso central (11):

Zona Cerebral	Función Regulada
Corteza Frontal	Afecto
Ganglios Basales	Control de movimientos
Sistema Límbico	Ansiedad
Hipotálamo	Apetito
Sistema Reticular	Sueño
Médula Espinal	Función Sexual
Area del Vómito pontina	Náusea y Vómito

Tabla 1. Relación entre las proyecciones de las neuronas serotoninérgicas del núcleo del rafé pontino en diferentes zonas del sistema nervioso central y los efectos o las funciones que se controlan.

La teoría monoaminérgica de la depresión, establecida en la década de los 60's, declaró que algún neurotransmisor monoaminérgico debía de estar deficiente para la génesis de la depresión, debido a que los antidepresivos tricíclicos elevaban los niveles de las monoaminas y resolvían clínicamente la depresión.

De la misma manera, algunos estudios sugieren que los metabolitos de las monoaminas están disminuidos en orina y en líquido cefalorraquídeo, teniendo el ejemplo de la disminución del ácido 5-hidroxi-indolacético en el líquido cefalorraquídeo en sujetos deprimidos y en pacientes violentos y agresivos (12).

B) Sistema Noradrenérgico y Dopaminérgico.

El sistema noradrenérgico, caracterizado por utilizar la noradrenalina como neurotransmisor, también está implicado en la génesis del trastorno depresivo mayor.

Para la síntesis de la noradrenalina, el aminoácido necesario es la tirosina, la cual es hidroxilada por la tirosina hidroxilasa, convirtiéndose en dihidroxifenilalanina (DOPA). Posteriormente la DOPA es descarboxilada por la enzima DOPA descarboxilasa, convirtiéndola en dopamina, que *per se* es un neurotransmisor para otros sistemas neuronales. El tercer paso es hidroxilar la dopamina por medio de la dopamina-beta-hidroxilasa, transformando la dopamina en noradrenalina.

La noradrenalina es almacenada en vesículas para ser secretada posteriormente durante un impulso nervioso. Las enzimas encargadas de degradar la noradrenalina son principalmente la Monoaminoxidasa (MAO) y la Catecol-O-Metil-Transferasa (COMT).

La neurona noradrenérgica está regulada por una amplia variedad de receptores, siendo los principales alfa-1, alfa-2, beta-1 y beta-2. Los receptores alfa-2 son los únicos presinápticos, y por tanto llamados también autorreceptores, encargados de regular la liberación de noradrenalina.

La mayoría de los cuerpos neuronales de las neuronas noradrenérgicas se encuentran en el **locus coeruleus**, cuya principal tarea es la de determinar si la atención está focalizada en el ambiente externo o monitorizando el funcionamiento interno del organismo. El locus coeruleus y la noradrenalina tienen un importante papel en la cognición, afecto, emociones, movimientos y presión arterial.

Respecto a la dopamina, como se mencionó anteriormente, la dopamina no pasa por el proceso de la beta hidroxilación, siendo la dopamina por sí sola un neurotransmisor. Los receptores para dopamina son muy variados y extensos, y quizás el más estudiado de todos es el D-2, que es estimulado por agentes dopaminérgicos en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, y bloqueado por antagonistas dopaminérgicos, siendo el principal ejemplo los antipsicóticos típicos.

La dopamina liberada de las terminales puede interactuar con receptores postsinápticos (D1-D5), o con receptores presinápticos o autorreceptores (D2, D3 o D4). Los receptores dopaminérgicos están acoplados a proteínas G. La liberación de dopamina de los elementos presinápticos depende del Ca^{2+} . La liberación del neurotransmisor puede controlarse por autorreceptores y el elemento presináptico no sólo puede ser una terminal nerviosa sino también un cuerpo celular o una dendrita (13). La distribución topográfica de los receptores dopaminérgicos varía en diferentes zonas del cerebro. Los cuerpos celulares de las principales células productoras de dopamina yacen en la sustancia nigra, donde se originan diversos tractos que se distribuyen en los ganglios basales, el sistema límbico y los lóbulos frontales. Por otro lado, las neuronas dopaminérgicas localizadas en el área tegmental ventral, adyacente a la sustancia nigra,

proyectan sus axones hacia regiones del sistema límbico (Por ejemplo tubérculo olfatorio, estría terminal, septum lateral, corteza entorrinal y del cíngulo).

C) Otras hipótesis del origen biológico de la depresión.

Aún no existe evidencia definitiva que la deficiencia monoaminérgica sea la causa de la depresión, esto es, que puede ser que no haya un déficit "real" de monoaminas, sino que la causa radique en los receptores para monoaminas. Cada vez hay mayor evidencia que a pesar de que hay niveles aparentemente normales de monoaminas, los sistemas ligados a receptores pueden llegar a tener ciertas alteraciones. Estas observaciones han dejado la idea de que hay una deficiencia en los eventos moleculares que se originan en cascada secundario a la ocupación de un receptor determinado, lo cual se traduciría en una respuesta celular disminuida.

Un mecanismo propuesto es la deficiencia de la expresión del gene del **Factor Neurotrófico derivado del cerebro (FNDC)**. Normalmente, el FNDC mantiene la viabilidad de algunas neuronas, pero bajo condiciones de estrés, el gen del FNDC es reprimido, propiciando así la atrofia e inclusive la apoptosis de neuronas vulnerables en el hipocampo. Esta posibilidad está sostenida por estudios de neuroimagen que muestran volumen cerebral disminuido en estructuras relacionadas con el hipocampo (13).

Otra teoría de la patogenia de la depresión está relacionada con la actividad de ciertos neurotransmisores llamados **neurokininas**. Esta hipótesis se basa en observaciones relacionadas con un antagonista de las neurokininas llamada **substancia P**, que podría tener actividades antidepresivas. La substancia P está presente en diversas vías espinales relacionadas con la percepción del dolor. Sin embargo, se ha encontrado la substancia P y neurokininas relacionadas en zonas

cerebrales como la amígdala, que son críticas para el control de las emociones. Las neurokininas también están presentes en áreas cerebrales ricas en monoaminas, que sugieren un rol potencialmente regulatorio por parte de las neurokininas hacia la actividad de las monoaminas; de la misma manera, los antagonistas de las neurokininas se han relacionado con varios estados de disfunción emocional, donde se incluyen depresión, ansiedad y esquizofrenia.

La sustancia P es un péptido formado de un precursor mayor llamado alfa-PPT-A. Es secretada de las neuronas, e interactúa selectivamente con diferentes receptores específicos para las neurokininas, siendo los principales NK-1, NK-2, NK-A y NK-B. Se ha establecido que las neurokininas regulan el volumen neuronal y la neurotransmisión, ya que también están ligadas a respuestas de inflamación. Su papel definitivo sobre la génesis de la depresión aún no está bien dilucidado, y se está trabajando ampliamente en su respectiva investigación (15).

5.- TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Lo más común es que el paciente que sufre depresión acuda primero al médico general. Se ha estimado que éste podría manejar 80% de los pacientes deprimidos, y referir al especialista el restante 20%, que presentan cuadros severos con riesgo de suicidio, elementos psicóticos o que no responden satisfactoriamente a un intento de tratamiento bien conducido. El manejo correcto de estos pacientes se basa en la comprensión de la naturaleza de su trastorno y en lo efectivo de la relación terapéutica, así como el uso adecuado de los medicamentos específicos.

Los fármacos antidepresivos más frecuentemente utilizados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

(ISRS). En casos de TDM refractarios, por lo general es necesario implementar tratamiento con algún otro psicofármaco o bien asociar su utilización con ansiolíticos, o potenciadores de la respuesta antidepresiva (16).

El análisis psicofarmacológico de cada uno de los medicamentos antidepresivos es extenso y complicado, y nos alejaríamos de la intención principal de éste trabajo, sin embargo el común denominador de ellos es retornar los niveles de monoaminas a la normalidad para la resolución de los síntomas afectivos.

La evaluación de los diferentes tratamientos en la depresión, incluyendo la psicoterapia, ha permitido llegar a algunas conclusiones interesantes. En un estudio donde se compararon cuatro tratamientos (Imipramina, placebo, terapia interpersonal y terapia cognitiva), los mejores resultados se obtuvieron con imipramina y los peores con placebo. Las dos formas de psicoterapia produjeron resultados similares, más cercanos a los de la imipramina que a los del placebo. Considerando únicamente los casos más severos, la superioridad de la imipramina sobre el placebo fue más notable, la terapia interpersonal fue efectiva y menos la cognitiva. En los casos menos severos, la mejoría fue similar con los cuatro tratamientos, aún con el placebo (17).

Es en los casos severos, en los cuales pueden haber síntomas psicóticos, ideación o intento suicida o bien un deterioro importante en el funcionamiento psicosocial, donde es necesaria la hospitalización psiquiátrica para una mejor monitorización y seguimiento del episodio depresivo. Por lo anterior, para considerar un estudio representativo de casos severos de depresión la mejor muestra debe de partir de pacientes hospitalizados.

El médico debe de tomar en cuenta que la alteración afectiva, que constituye el núcleo primario de la depresión, y la alteración cognitiva (Que muchas veces depende de un trastorno de la personalidad) guardan una relación recíproca; que

el marco cognitivo del enfermo basado en su propia devaluación y la devaluación de su mundo, así como el talante ansioso y desesperanzado, se nutren uno del otro. Su sufrimiento es muy intenso y habitualmente se siente impotente ante él. Por ello, su necesidad de recibir ayuda es muy urgente, y por tanto, en ocasiones termina en actitudes altamente demandantes (18).

II LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1.- CONCEPTOS BASICOS

A) Definición de Personalidad

Establecer una definición de lo que es personalidad puede resultar complicado, ya que en ello intervienen muchos factores. La personalidad de un individuo puede definirse como una serie de patrones de conducta producto de la interacción de fuerzas psíquicas internas y externas, que puede ser ampliamente modificable a lo largo del tiempo, y que es susceptible de cambiar ante circunstancias externas tanto biológicas, psicológicas y sociales.

B) Estructura, Temperamento y Carácter

El individuo no nace con un cierto tipo de personalidad, sino que tiene ciertos patrones de reactividad innatos o genéticos que se denominan **temperamento**, los cuales a lo largo de la vida, de la interacción social y del avance del ciclo vital, van

moldeando una serie de patrones de reactividad aprendidos, producto de la convivencia del sujeto con el medio externo, lo que se denomina **carácter**.

El moldeamiento del carácter depende de factores externos tal vez innumerables, presentes en la vida de todo individuo, que incluyen edad, posición social, género, ocupación, entre otros muchos. Sin embargo, al hablar de un componente aprendido, estaríamos hablando también de que las experiencias que va teniendo el individuo a lo largo de su vida, sean dolorosas o placenteras, serán un predisponente importante para el moldeamiento del carácter, que influye en el desarrollo de la personalidad.

La teoría de Freud acerca del aparato psíquico continúa siendo de gran utilidad para todo estudioso de la personalidad. El aparato psíquico está conformado por tres elementos básicos: *el ello*, de donde parten las pulsiones biofilicas y tanatofilicas, *el superyo*, ocupado en informar al individuo de las normas morales de su entorno, y *el yo*, principal mediador entre el superyo y el ello en presencia de conflictos, y encargado de interrelacionar al individuo de sus experiencias internas con las externas, y de situarlo en la realidad. El yo tendrá una determinada **estructura** dependiendo de el buen o mal desarrollo psicológico que haya tenido el sujeto desde su infancia, determinando que en presencia de una estructura débil el sujeto será víctima de sus conflictos intrapsíquicos, exponiéndolo a las deficiencias adaptativas y a la psicopatología.

C) Normalidad

Al hablar de una personalidad normal o patológica, nos encontramos ante un polémico debate de definiciones. Los psiquiatras han venido haciendo durante muchos años un considerable esfuerzo por definir la salud mental y la normalidad. En el pasado, se asumía implícitamente que la salud mental era lo contrario de la

enfermedad mental. Partiendo de esa definición, la ausencia de psicopatología grave solía equipararse con conducta normal. Las dudas que hay acerca de la exactitud de esa concepción han obligado a los psiquiatras a precisar conceptos y definiciones de lo que es la salud mental y la normalidad.

Definir normalidad también es complicado, y se han elaborado cuatro perspectivas para definir a la normalidad. La primera es la *normalidad como salud*, en donde se interpreta que una conducta está dentro de los límites de la normalidad cuando no existe psicopatología manifiesta. Para ésta definición, el concepto de normalidad sería un estado de funcionamiento razonable, más que óptimo.

La segunda de ellas es la *normalidad como utopía*, que es la unión armónica y óptima de los diversos instrumentos mentales que propician un funcionamiento óptimo, y que plantean la existencia de una personalidad ideal.

La tercera de ellas es la *normalidad como media*, y es la que se utiliza en los estudios normativos sobre la conducta y se basa en el principio matemático de la curva de distribución normal. En éste enfoque, la parte central de la curva es la que se concibe como normal y los dos extremos se interpretan como desviaciones. El enfoque normativo basado en éste principio estadístico describe a cada individuo en términos de evaluación general y puntuación total.

La cuarta perspectiva insiste en que la conducta normal es el resultado final de la *interacción entre varios sistemas*. En otras palabras, la perspectiva de normalidad como proceso subraya los cambios o procesos en vez de dar una definición transversal de normalidad (19).

Debido a que la personalidad es un fenómeno en constante cambio, no sólo porque es susceptible de modificación por el medio externo sino porque sencillamente el ser humano tiene desde su nacimiento un proceso de desarrollo,

el estudio de la personalidad como un fenómeno normal debe de ser estudiado desde un punto de vista longitudinal más que transversal. Así mismo, las experiencias producidas por los eventos negativos de la vida son un importante factor predisponente para la modificación de los patrones de conducta y, por lo tanto, de la psicopatología (20).

2.- CARACTERISTICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

A) Definición de Trastorno de la Personalidad

Si tomamos en cuenta las definiciones de normalidad expresadas en el apartado anterior, podríamos definir un trastorno de personalidad como los patrones de conducta que se salen del marco de lo prevalente, lo ideal o lo que deja de representar ausencia de psicopatología; sin embargo podemos encontrarnos con varios problemas de definición. El concepto utópico de personalidad ideal puede variar dependiendo del contexto antropológico, colectivo o social del individuo, siendo que una conducta “sana” en una sociedad puede ser considerada “enferma” en otra. Así mismo un patrón de conducta prevalente no precisamente tiene que estar ligado a la ausencia de psicopatología, y la presencia de rasgos patológicos de la personalidad puede ser temporal y característica en ciertas etapas del ciclo vital, como sucede en la adolescencia y en los procesos de adaptación ante circunstancias estresoras.

Más allá de una definición, los trastornos de personalidad deben de ser estudiados y entendidos desde el punto de vista médico, ya que su diagnóstico clínico parte de primera instancia durante la relación médico-paciente.

B) Características clínicas de los Trastornos de la Personalidad

Los pacientes con trastornos de la personalidad son frecuentes en el ejercicio de la medicina y de la psiquiatría. Estos individuos a menudo exigen tratamiento de sus numerosas quejas, a la vez que se resisten a las recomendaciones terapéuticas apropiadas. Su falta de colaboración puede originar resentimiento y, posiblemente, incluso extrañamiento y rechazo de los profesionales de atención a la salud que les brindan sus cuidados. Las necesidades con frecuencia enormes de estos sujetos por su autoengrandecimiento, su capacidad disminuida para comprender y respetar las necesidades de los demás y su desconfianza e inestabilidad emocional, ocasionan conducta inadaptativa, caracterizada por explotación y manipulación de los demás (21).

Los pacientes con trastornos de la personalidad tienden a abandonar los tratamientos, a ser fracasos terapéuticos y con frecuencia son referidos a otros médicos o centros de atención. Estos pacientes, cuya conducta suele ser juzgada moralmente, disgustan a los médicos (22).

Los trastornos de personalidad son causa frecuente de relaciones conflictivas con el personal médico y paramédico; independientemente del trastorno *per se*, los conflictos se originan cuando los médicos reaccionan con irritación a las conductas de los pacientes, sin percatarse que éstas siguen pautas rígidas, engranadas en la personalidad y que no corresponden la relación actual con el médico.

El elemento característico de los trastornos de la personalidad es su impacto social, por ello no es raro que uno de los primeros trastornos descritos es el antisocial; los trastornos de la personalidad son egosintónicos, es decir, no

generan malestar al sujeto, sino a los demás. Aunque existen diferentes trastornos de la personalidad, hay algunas características que son comunes a todos. La conducta de los pacientes, inflexible y maladaptativa, se expresa en la forma como se perciben a sí mismos y cómo perciben a todas las personas en distintos contextos sociales y en su relación con ellas. Su conducta es maladaptativa y conflictiva en los diferentes ámbitos: familiar, laboral y social.

Aproximadamente 10% de la población general y de 20% a 30% de las personas que acuden a consulta de medicina general tienen un trastorno de la personalidad. Sin embargo, dado que estos trastornos son egosintónicos, los pacientes no acuden a consulta a causa del trastorno, y en ocasiones son identificados por los problemas que emergen en el curso del tratamiento de otras condiciones médicas (23).

Si bien los trastornos de la personalidad se expresan tempranamente, en los últimos años de la infancia, es frecuente que el diagnóstico se establezca a partir de los 18 años. El paciente no suele acudir por su voluntad a consulta, sino que lo hace a sugerencia de otros, como consecuencia de sus dificultades interpersonales. Se ha observado poca correlación entre la evaluación del médico y la autoevaluación del paciente con trastorno de la personalidad (24).

C) Criterios diagnósticos Generales del DSM-IV para un trastorno de la personalidad

El DSM-IV también tiene criterios para el diagnóstico de un trastorno de personalidad en general, que nos puede servir para comprender mejor la definición de los trastornos de personalidad desde un punto de vista categórico.

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- 1) Cognición (Formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
- 2) Afectividad (Gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- 3) Actividad interpersonal
- 4) Control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica

3.- ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

A) Factores Genéticos.

La mayor evidencia de que los factores genéticos influyen en los trastornos de la personalidad procede de las investigaciones realizadas con 15,000 pares de

gemelos norteamericanos. Entre los gemelos univitelinos, la concordancia para los trastornos de la personalidad fue varias veces más elevada que entre los bivitelinos. Además, según uno de los estudios, los gemelos univitelinos criados por separado ena muy parecidos a los gemelos bivitelinos criados juntos (25).

Los trastornos de la personalidad del Cluster A son más frecuentes entre los familiares biológicos de las personas esquizofrénicas que entre los grupos control. Los trastornos de la personalidad del cluster B tienen aproximadamente una base genética; el trastorno antisocial de la personalidad se asocia a los trastornos por consumo de alcohol; la depresión es frecuente en los antecedentes familiares de los pacientes con trastorno límite, éstos pacientes tienen más familiares con trastorno del estado de ánimo que los grupos control. Se ha observado una sólida relación entre el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno por conversión, también conocido como síndrome de Briquet (26). Los trastornos del grupo C suelen también tener una correlación genética.

B) Factores Biológicos

Las personas que presentan rasgos de impulsividad a menudo tienen unos niveles elevados de testosterona, 17-estradiol y progesterona. En primates no humanos, los andrógenos incrementan la probabilidad de agresión y conducta sexual. Los resultados del test de supresión con dexametasona son anormales en algunos pacientes con un trastorno límite de la personalidad con síntomas depresivos.

Las concentraciones bajas de monoaminoxidasa plaquetaria se ha asociado a la sociabilidad en primates. Los niveles altos de endorfinas endógenas pueden estar relacionados con personas flemáticas. Los estudios sobre rasgos de personalidad y los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos indican que estos neurotransmisores tienen una función activadora. Los niveles del ácido 5-

hidroxiindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina, son bajos en personas que intentan suicidarse y en pacientes impulsivos y agresivos. En algunos pacientes con trastorno de la personalidad antisocial y límite, se han observado cambios en la conductancia eléctrica que se reflejan en el EEG, particularmente del tipo de actividad de ondas lentas (27).

C) Factores Psicoanalíticos

Sigmund Freud sugirió que los rasgos de personalidad están relacionados con la fijación en una de las fases del desarrollo psicosexual; Por ejemplo, las personas con carácter oral son pasivas y dependientes, debido a la fijación en una fase en la que predomina la dependencia de los demás para alimentarse. Las personas con un carácter anal son obstinados, avaros y muy concienzudos, debido a la dificultad en el aprendizaje de las conductas excretoras durante el período anal.

Más tarde, Wilhelm Reich acuñó el término coraza de carácter para describir los estilos defensivos característicos que utilizan las personas con el fin de protegerse de sus impulsos internos y de la ansiedad interpersonal que les producen las relaciones significativas. Considera que la huella distintiva de la personalidad de cada uno está muy determinada por sus mecanismos de defensa característicos; cada trastorno de la personalidad en el eje II posee un grupo de defensas que ayudan al clínico psicodinámico a reconocer los diferentes tipos de patología del carácter.

Cuando los mecanismos defensivos trabajan de una forma efectiva, los pacientes con trastornos de la personalidad son capaces de controlar la ansiedad, la depresión, la ira, la vergüenza, la culpa y otras emociones. También es posible que se muestren reacios a seguir un tratamiento porque sus mecanismos defensivos son importantes para controlar los afectos desagradables y no están interesados en renunciar a ellos.

Otro aspecto fundamental en los trastornos de la personalidad son las relaciones con los objetos internos. En el curso del desarrollo, se internalizan patrones particulares de relación del self con los demás. A través de la introyección, el niño incorpora a uno de los progenitores u otra persona significativa en forma de presencia interna que siente como objeto. Estas auto-representaciones internas y las representaciones del objeto son cruciales para el desarrollo de la personalidad, y a través de la exteriorización y de la identificación proyectiva, se expresan en situaciones interpersonales en las que otros son obligados a representar un papel en la vida interna de la persona. Por lo tanto, quienes presentan trastornos de la personalidad también son identificados por los particulares patrones de afinidad interpersonal que arrancan de éstos patrones de relación con los objetos internos (28).

D) La teoría de diátesis – estrés.

Respecto de la psicopatología y de los trastornos de la personalidad, un importante paradigma es el modelo de diátesis-estrés, el que pretende vincular factores genéticos, biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, que es un análogo del modelo de interacción multidimensional de la personalidad. La diátesis se refiere a una predisposición constitucional que, cuando interactúa con algún estresor ambiental, puede inducir un rasgo o un trastorno de la personalidad. Lo fundamental de ésta teoría es que es esencial la presencia tanto de la diátesis

como del estrés para el desarrollo del trastorno. Dicha propuesta parte de la teoría biosocial que se lanzó en 1992, que establece que la combinación de una vulnerabilidad biológica para controlar las emociones, dentro de un ambiente externo hostil, como lo son la presencia de abuso físico o sexual, negligencia parental o trauma temprano, conducen al trastorno límite de la personalidad (29). De la misma manera, existen las hipótesis para el desarrollo de otros trastornos de la personalidad, existiendo siempre una determinada predisposición biopsicosocial y un determinado estresor para el origen de cada uno de los trastornos.

E) Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad

El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV representa la perspectiva categórica de que los trastornos de la personalidad representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional de que los trastornos de la personalidad representan variantes maladaptativas de los rasgos de la personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos (30). Han habido muchos intentos diferentes de identificar las dimensiones fundamentales que subyacen a la totalidad del campo del funcionamiento normal y patológico de la personalidad.

Un modelo consiste en las cinco dimensiones siguientes: Neuroticismo, introversión vs. extroversión, rechazo o disponibilidad para experimentar, hostilidad vs. amabilidad y escrupulosidad (31). Otro enfoque describe áreas más específicas de la disfunción de la personalidad, pudiendo incluir 15 a 40 dimensiones, entre las que se incluyen reactividad afectiva, aprensión social, distorsión cognoscitiva, impulsividad, insinceridad, egocentrismo, afectividad positiva, afectividad negativa e inhibición, búsqueda de novedades, dependencia

de recompensas, evitación del peligro, dominancia, persistencia, autotranscendencia, poder y afiliación (32). Los clusters del DSM-IV para clasificar los trastornos de la personalidad (Raro-excéntrico, errático-emocional y ansioso temeroso) también pueden considerarse dimensionales que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un *continuum* con los trastornos mentales del eje I.

3.- CRITERIOS DEL DSM-IV PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A) Trastornos de Personalidad del Cluster A.

Los trastornos de personalidad se codifican en el eje II. El cluster A, conocido también como espectro esquizo-paranoide de la personalidad, incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad.

El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento.

A.1 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

- A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas,

que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- 1) Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
- 2) Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
- 3) Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
- 4) En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
- 5) Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
- 6) Recibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está dispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
- 7) Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el trascurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

A.2 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (O más) de los siguientes puntos:

- 1) Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
- 2) Escoge casi siempre actividades solitarias
- 3) Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
- 4) Disfruta con pocas o ninguna actividad
- 5) No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
- 6) Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
- 7) Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el trascurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

A.3 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- 1) Ideas de referencia (Excluidas las ideas delirantes de referencia)
- 2) Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales
- 3) Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales

- 4) Pensamiento y lenguaje raros
- 5) Susplicacia o ideación paranoide
- 6) Afectividad inapropiada o restringida
- 7) Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
- 8) Falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado
- 9) Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

B) Trastornos de Personalidad del Cluster B.

Los trastornos del Cluster B, también conocidos como del espectro errático, suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.

El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención. El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

B.1 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:
- 1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivos de detención
 - 2) Deshonestidad, indicada por repetir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
 - 3) Impulsividad o incapacidad para planear el futuro
 - 4) Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
 - 5) Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
 - 6) Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
 - 7) Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros
- B. El sujeto tiene al menos 18 años
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maniaco.

B.2 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes items:

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- 3) Alteración de la identidad: Autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo
- 7) Sentimientos crónicos de vacío
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

B.3 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes items:

- 1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención
- 2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador

- 3) Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- 4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
- 5) Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
- 6) Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional
- 7) Es sugestionable o fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
- 8) Considera sus relaciones más íntimas de las que son en realidad

B.4 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de grandiosidad (En la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (O más) de los siguientes ítem:

- 1) Tiene un grandioso sentido de autoimportancia
- 2) Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
- 3) Cree que es "especial" y único y que sólo pueda ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status
- 4) Exige una admiración excesiva
- 5) Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o que se cumplan automáticamente sus expectativas
- 6) Es interpersonalmente explotador, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
- 7) Carece de empatía: Es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás

- 8) Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
- 9) Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

C) Trastornos de Personalidad del Cluster C

El grupo C incluye a los trastornos por evitación, dependencia y obsesivo compulsivos de la personalidad. Se caracteriza por personalidad ansiosa y temerosa.

El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

C.1 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION.

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes items:

- 1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o e rechazo
- 2) Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
- 3) Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado

- 4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
- 5) Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad
- 6) Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
- 7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

C.2 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás
- 2) Necesidad que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
- 3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación
- 4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o hacer las cosas a su manera
- 5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
- 6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

- 7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita
- 8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

C.3 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- 1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
- 2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas
- 3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades
- 4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores
- 5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- 6) Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- 7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- 8) Muestra rigidez y obstinación.

De los tres grupos de trastornos de la personalidad, el cluster B es el que ofrece mayor interés y reto para el clínico, debido a múltiples razones. El cluster A por lo general data de una personalidad retraída y con pocas posibilidades de lograr una transferencia en la relación médico paciente, por lo que suelen ser sujetos que tienden a evitar las relaciones terapéuticas, y con mayor motivo, las psiquiátricas. Los sujetos del cluster C, al tener un espectro ansioso, suelen tener mayor demanda para los servicios de salud, debido a la alta incidencia de síntomas somáticos, a tender hacia lo escrupuloso y a dar relativamente mayor importancia a las normas sociales, por lo que suelen tener mayor “enganche” terapéutico, en especial cuando se presenta sin comorbilidad (33). Sin embargo, los sujetos pertenecientes al cluster B, al pertenecer al cuadro errático e inestable, suelen tener expectativas rápidamente cambiantes, múltiples quejas subjetivas, mayores problemas para lograr la alianza terapéutica y mayor reticencia a seguir los tratamientos indicados. Su facilidad de cambio y su poca capacidad de adaptabilidad ha lanzado inclusive la hipótesis que el cluster B puede tener rasgos de todos los demás clusters (34).

III COMORBILIDAD DEL TDM CON LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La relación entre trastornos afectivos y trastornos de personalidad ha sido estudiada ampliamente. Se ha visto que los la ideación suicida está muy en relación con la percepción del estrés, red de apoyo, personalidad, uso y abuso de alcohol, condiciones crónicas y síntomas de distrés (35). En un estudio longitudinal de 21 años, en donde se juntó una muestra de 1265 niños y adolescentes nacidos en Nueva Zelanda, se encontró que un 28.8% de la muestra tuvo alguna vez en su

vida penamientos de suicidio, y un 7.5% había cometido un intento de suicidio. Fue significativo en éste grupo la comorbilidad con trastornos psiquiátricos, en especial depresión, ansiedad y algunos trastornos de personalidad (36).

En un estudio donde se observó una muestra de hombres que en alguna ocasión en su vida habían presentado depresión mayor, se observó que los pacientes que presentaban trastornos de personalidad límite tendían más al intento de suicidio que a otros trastornos de personalidad. Se encontró una asociación menor con los trastornos paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, evitativo y dependiente, existiendo poca o nula relación con los trastornos esquizoide, antisocial, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. También se encontró una relación significativa con historia familiar de trastorno por ansiedad generalizada (37).

Se ha visto que la recurrencia, la severidad de los síntomas, la presentación de depresión doble (Distimia + Depresión mayor), y los casos atípicos están en muy estrecha relación con una co-ocurrencia de trastornos de la personalidad. Las personalidades evitativas, dependientes y límite son las principalmente implicadas en ésta correlación (38).

Se han establecido varias teorías de tipo cognitivo acerca del origen de la depresión, en las que distintos estilos cognitivos de tipo negativo incrementan la posibilidad de desarrollo de episodios de depresión. En función de comprobar ésta hipótesis, está el estudio de Vulnerabilidad cognitiva para la depresión de Temple-Wisconsin, que es un estudio prospectivo y longitudinal. En un estudio, se encontró importante correlación de trastornos de personalidad (principalmente erráticos) en relación con la predisposición a desarrollar trastornos afectivos, consumo de sustancias y riesgo de suicidio (39).

En un estudio, donde se observó la prevalencia de trastornos de personalidad y sus patrones de comorbilidad en el Eje I, que tuvo una muestra de 300

pacientes, observados durante un período de 12 meses, en donde se encontró que más de la mitad de la muestra tenía algún tipo de trastorno de personalidad, de los cuales, los más prevalentes fueron el trastorno límite de la personalidad (30.7%), trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (30.7%), y trastorno evitativo de la personalidad (25.3%). Las mujeres fueron significativamente más proclives a tener criterios de personalidad dependiente y evitativa, y los hombres fueron más proclives a tener personalidad antisocial. También se encontraron asociaciones significativas para la comorbilidad entre trastornos afectivos, personalidad evitativa y uso y abuso de sustancias psicoactivas (40).

En un estudio longitudinal de 61 pacientes que habían completado un tratamiento con psicoterapia cognitivo conductual, se observó un buen funcionamiento tanto de los grupos con y sin un trastorno de la personalidad, en comorbilidad con un trastorno afectivo; sin embargo, la mejoría de los pacientes sin un desorden de personalidad fue mucho mayor después del tratamiento y durante el seguimiento, tanto en el nivel de la sintomatología depresiva como en el funcionamiento social (41).

Debido a que no se habían realizado estudios que discriminaran sujetos con trastorno de personalidad con historia de trastorno afectivo en comparación con sujetos con trastorno de personalidad sin historia de trastorno afectivo, se realizó un estudio que examinara éstos grupos así como variables demográficas, patrones de comorbilidad, medidas de funcionamiento global y relaciones interpersonales. De ello se obtuvo una muestra de 83 pacientes con TP e historia de abuso afectivo y 214 pacientes con TP. Los resultados sugieren que los sujetos con trastorno límite de la personalidad son más proclives a tener historia de trastorno afectivo en comparación con otros trastornos de la personalidad. Así mismo, los pacientes con trastornos afectivos son más proclives a tener diagnóstico de trastorno de ansiedad, abuso de alcohol y menos puntaje en la escala global. No se encontraron diferencias significativas entre los clusters de eje II en función de haber padecido algún trastorno afectivo (42).

Se ha observado que la presencia de trastornos de la personalidad durante la adolescencia pueden ser un predictor de morbilidad en el eje I y en la ideación suicida durante la etapa adulta. La presencia de los cluster A, B y C tiene relación con la presencia de un trastorno en el eje I durante la vida adulta, y se observó que la presencia de rasgos del cluster C durante la adolescencia tiene un especial impacto en la presentación de ideación o conductas suicidas durante la etapa adulta (43).

En una muestra de 78 pacientes con intento suicida, se encontró que el 56% de los pacientes tenían comorbilidad en los ejes I y II; 45% de los pacientes tenían un diagnóstico en el eje III, y 62% de la muestra tuvo un estresor significativo en el eje IV. Se encontró que los pacientes que sólo tenían un diagnóstico en el eje I no tenían un impacto en la puntuación observada en el eje V. En contraste, se encontró una asociación entre niveles altos de estrés y pobre funcionamiento en pacientes con diagnósticos tanto en eje I y eje II. De ésta manera, se sugiere que tanto los estresores sociales como la escala de funcionamiento global siempre deben de ser tomados en cuenta para valorar evolución y riesgo suicida (44).

Se ha observado que los pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad tienden a padecer varios de los diagnósticos en eje I, en los que se incluyen: Depresión mayor, Trastorno Bipolar I y II, crisis de pánico con agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo, trastornos en la conducta alimentaria y otros trastornos somatoformes, en relación con los pacientes con personalidad no-límite (45).

Los antecedentes familiares psiquiátricos y la deprivación temprana del cuidado parental están también asociados con la morbilidad en eje I y II. La deficiencia en el cuidado materno no tuvo asociación con la presencia de síntomas melancólicos, edad de inicio o severidad de la depresión, sin embargo se encontró

asociación significativa entre la deficiencia en el cuidado parental y recurrencia en la depresión, uso y abuso comórbido de sustancias, y siendo el más significativo, trastornos de la personalidad (46).

Las variables predictivas en los pacientes con trastorno de personalidad límite, en función de recurrencia en padecimientos afectivos número de hospitalizaciones, evolución intrahospitalaria y apego al tratamiento, son seis: Edad mayor de 26 años, historia de episodios micropsicóticos, número de intentos de automutilación o de suicidio, historia de abuso sexual en la infancia e historia de agresión sexual en la vida adulta (47).

En algunos estudios se han observado longitudinalmente trastornos de la personalidad sin comorbilidad en Eje I: Se estudiaron 85 mujeres con trastorno de la personalidad depresivo, comparado con 85 controles sin comorbilidad en eje I o II. Se encontró una diferencia significativa en el riesgo de desarrollar distimia dentro del grupo con trastorno depresivo de la personalidad (48).

Se han observado seguimiento del tratamiento en función del apego en algunos pacientes con eje I. Se realizó un estudio longitudinal en 200 pacientes con Trastorno Bipolar Tipo I o II, en donde se realizaron SCID II, 2 mediciones estructuradas de niveles séricos de estabilizadores del ánimo, estableciendo grupos de buen apego y pobre apego, encontrando que la comorbilidad con trastornos de la personalidad fue fuertemente asociada con pobre apego al tratamiento. Los pacientes con buen apego al tratamiento suelen tener una mejor evolución en evolución hospitalaria pero no necesariamente en el número de episodios (49).

En personalidades del espectro ansioso (Cluster C), se ha sugerido un efecto favorable de los antidepresivos en el espectro obsesivo-compulsivo y evitativo. Hay pocos estudios sobre el tratamiento del Cluster A. Dentro del Cluster B, se han visto resultados positivos usando varios tipos de drogas ante las conductas

agresivas e impulsivas, incluyendo litio, beta-bloqueadores, carbamazepina, valproato, antipsicóticos en ISRS. Aún así, la farmacoterapia usada en trastornos de la personalidad es una de las áreas menos exploradas en la investigación psiquiátrica (50).

Una proporción significativamente mayor de pacientes distímicos en comparación con pacientes con depresión mayor, cumplen criterios de un trastorno de la personalidad, especialmente límite, histriónico, evitativo y dependiente. La distimia, principalmente de inicio temprano, está asociada con una comorbilidad mayor con trastornos de la personalidad y con otras entidades psicopatológicas (51).

Se ha encontrado dificultades para el diagnóstico del Eje II a partir del DSM-IV. En un estudio se reunieron 714 pacientes referidos por patrones de personalidad maladaptativos y con dificultades interpersonales, resultando que sólo un 39.4% reunieron criterios de diagnóstico en eje II diagnosticables por el DSM-IV, sugiriendo una que no puede ser usado en todos los pacientes con trastorno de la personalidad encontrados en la práctica clínica (52).

IV UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

En general, los trastornos psiquiátricos están asociados de forma consistente con el deterioro social, familiar, y el principal impacto público es que implican una mayor demanda de los servicios de salud, tanto primarios como especializados.

De los trastornos psiquiátricos, posiblemente los trastornos del estado del ánimo sean los más frecuentes y los que sean mayor motivo de demanda de atención.

Los trastornos del estado del ánimo representan un importante porcentaje de la psicopatología, teniendo una prevalencia a lo largo de la vida del 2 al 25%. El diagnóstico más representativo de los desórdenes afectivos, el trastorno depresivo mayor, tiene un impacto considerable en el bienestar y en el funcionamiento psicosocial, implicando mayor necesidad de utilizar los servicios de salud en todos los niveles.

Los pacientes deprimidos suelen utilizar los servicios primarios de salud hasta tres veces más en relación a los pacientes no deprimidos, siendo las quejas principalmente insomnio, fatiga, anergia y pérdida de peso, además de quejas somáticas vagas (53). El estudio del impacto que tiene el trastorno depresivo mayor en aspectos psicológicos y sociales ha sido ampliamente estudiado, aparentemente en mayor cantidad que otros trastornos psiquiátricos, probablemente debido a su alta prevalencia, a sus altos índices de comorbilidad con trastornos del eje I y eje II, y a que otros trastornos psiquiátricos (Principalmente del espectro de la ansiedad) suelen ser subdiagnosticados.

Por otro lado, los trastornos de personalidad también implican una importante demanda de los servicios de salud generales y especializados, incluyendo los de hospitalización, en relación a los que no presentan trastornos de personalidad. Esto puede explicarse debido a que por lo general, los pacientes con trastornos de la personalidad son más demandantes con respecto a sus molestias tanto físicas como emocionales, suelen presentar síntomas afectivos o ansiosos sin integrarse un diagnóstico psiquiátrico, o bien tienen comorbilidad con algún desorden afectivo, ansioso o relacionado al consumo de sustancias (54). También los casos de depresión mayor atípicos, refractarios a tratamiento psicofarmacológico y con índices altos de recurrencia, así como los que tienen coexistencia con distimia

y la mayor severidad de los síntomas se asocian con la presencia de algún trastorno de la personalidad. La comorbilidad entre trastornos depresivos y de la personalidad es tan frecuente que inclusive se ha planteado la hipótesis de que distintos estilos cognitivos de tipo negativo incrementan la posibilidad de génesis de episodios depresivos, y por lo general la presencia de trastornos de la personalidad con trastornos afectivos está relacionada con menores posibilidades de mejoría y un funcionamiento social más pobre.

Los trastornos de personalidad comórbidos están asociados con mayor riesgo suicida, probablemente debido a la pobre adaptación a los estresores. Algunos trastornos de personalidad son más prevalentes en la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, especialmente los trastornos límite, evitativo, histriónico y dependiente (55). Muchos estudios centran su interés en el trastorno límite de la personalidad, posiblemente debido a la amplia gama de trastornos psiquiátricos con los que está relacionado, a la presencia de actos impulsivos que ponen en peligro la vida, a su frecuencia con la que es visto en las salas de urgencias psiquiátricas, a su relación con trauma infantil y a que suele tener una evolución tórpida y recidivante, encontrando como variables predictivas de peor pronóstico número de episodios suicidas, historia de abuso sexual en la infancia y episodios micropsicóticos.

Otro hallazgo frecuentemente relacionado con los trastornos de personalidad es el poco apego al tratamiento y la frecuente disconformidad a los mismos; por ejemplo, los pacientes bipolares sin diagnóstico en eje II suelen tener mejor evolución hospitalaria, niveles séricos de estabilizadores más estables y menos número de episodios en relación con el grupo con algún trastorno de personalidad, existiendo también estudios que revelan mayor apego al tratamiento en la depresión unipolar (56).

Sin embargo, a pesar de que en la práctica clínica es frecuente encontrar mal apego, disconformidad, recurrencia en los síntomas y abandono del

tratamiento por parte de los pacientes que presentan un trastorno de la personalidad, muy pocos estudios se han realizado para evaluar el impacto real de los trastornos de personalidad en la utilización de los servicios médicos. Sabemos que algunos trastornos de personalidad se asocian con mayor utilización de servicios médicos primarios, pero poco se ha estudiado respecto a la utilización de servicios especializados, incluyendo evolución hospitalaria y posterior a ello seguimiento en los servicios de consulta externa. La medición cuantitativa del apego a una determinada terapéutica puede realizarse mediante la utilización de éstos servicios, mediante un estudio retrospectivo que compare la duración de los tratamientos, respuesta subjetiva y objetiva a los mismos, índice de recurrencia y asistencia a los servicios de los pacientes deprimidos con y sin trastornos de la personalidad; así mismo es necesario evaluar si alguna variable sociodemográfica o psicosocial está asociada con un mal o buen apego al tratamiento médico psiquiátrico, motivo por el cual realizamos el presente estudio.

V JUSTIFICACION

Los profesionales de la salud mental tienen la impresión de que los pacientes con Diagnóstico de Eje II (Trastornos de la Personalidad) del Manual Diagnóstico y Estadístico de Todos Trastornos Mentales (DSM-IV) son excesivamente demandantes tanto como pacientes externos como hospitalizados; no obstante, la literatura relacionada a éste fenómeno es escasa. Los individuos con Trastorno de la Personalidad generalmente solicitan tratamiento psiquiátrico por problemas no relacionados con la personalidad, más a menudo, con quejas de depresión y ansiedad. Por ejemplo, en pacientes con trastorno límite, se ha observado la depresión mayor como diagnóstico principal en hasta un 74% de éstos individuos, y el trastorno de pánico ha llegado a presentarse de un 10% a un 25%.

Los pacientes con trastorno de la personalidad también tienen mayor probabilidad de tener trastornos de la conducta alimentaria o historia de un trauma importante. Aproximadamente un tercio de las personas que acuden frecuentemente a los servicios de salud generales (Y para los que no se encuentra ningún diagnóstico médico claro) presentan algún trastorno de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad siguen sin ser cabalmente entendidos y por ende existen menos opciones de tratamiento y albergue para los que lo padecen. Los pacientes con algún trastorno de personalidad a menudo requieren un tiempo más largo en tratamiento, y más energía y tiempo del terapeuta sin la misma cadencia de éxito terapéutico que con pacientes cuyos diagnósticos psiquiátricos no son comórbidos con algún trastorno de la personalidad. Los pacientes con trastorno de la personalidad son usuarios persistentes de los servicios de salud mental.

Se tienen todavía menor número de estudios en nuestro país, y no se ha realizado un estudio representativo del Instituto Nacional de Psiquiatría que nos revele cifras acerca del uso de los servicios de salud mental del mismo por los pacientes aquejados por el trastorno depresivo mayor, con o sin morbilidad en el eje II. Por todas éstas razones, se decidió realizar el presente estudio, como una muestra representativa de la población de nuestro país.

VI HIPOTESIS

En la mayoría de los estudios encontrados, las variables son tratadas en forma unidimensional. Esta investigación da cuenta del fenómeno en población mexicana de pacientes hospitalizados con el diagnóstico principal de depresión mayor según los criterios del DSM-IV, y presenta los resultados utilizando un novedoso procedimiento multivariado denominado análisis lineal estructural.

Este estudio, realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, investiga un número de pacientes hospitalizados con el diagnóstico principal de episodio depresivo mayor, para determinar las diferencias en la utilización de los servicios especializados en salud mental, entre aquellos que presentan comorbilidad con algún trastorno de la personalidad según criterios del DSM-IV, los que presentan sólo rasgos del trastorno de personalidad y los que no lo tienen.

Nuestra hipótesis es que los pacientes deprimidos que presenten comorbilidad con el eje II presentarán mayor utilización de los servicios especializados en salud mental, debido a las características expresadas en el marco teórico, siendo de mayor impacto el cluster B respecto de los otros clusters.

VII MATERIAL Y METODOS

1.- Sujetos.

A) Criterios de Inclusión

Se seleccionaron los pacientes que fueron internados durante el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2000 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, y que cumplieron criterios diagnósticos según el DSM-IV para el Trastorno Depresivo Mayor. El número de pacientes seleccionados fue de 258. Se revisaron los expedientes clínicos de éstos pacientes y sus respectivos registros en el sistema computarizado del hospital para recabar la información pertinente de éste estudio. 21 de éstos pacientes fueron excluidos del estudio por no haber sido tratados nunca en su seguimiento por el Servicio de Consulta Externa del Instituto. La muestra final del estudio fue de 237 pacientes.

B) Criterios de Exclusión

- Pacientes con trastorno Bipolar, con un episodio de manía previo o posterior al episodio depresivo
- Pacientes con Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo o Trastorno delirante
- Pacientes que tras su hospitalización abandonaron todo contacto con la institución (Que no hayan tenido seguimiento en la consulta externa).

2.- Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y correlativo.

3.- Variables.

A) Variable Independiente

- Trastorno de la personalidad. Será la variable independiente de nuestro estudio. Con base en la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes, se determinarán tres niveles ordinales para esta variable:

0 Sin diagnóstico del trastorno de la personalidad

Pacientes que durante o tras su hospitalización no reunieron ningún criterio clínico para algún diagnóstico en el eje II.

1 Con presencia de rasgos del trastorno de la personalidad

Pacientes que durante o tras su hospitalización, presentaron algunos criterios del DSM-IV que sugirieran problemas de personalidad, pero que no reunían los suficientes para un diagnóstico de trastorno de personalidad específico o bien definido, (También llamado diagnóstico subumbral).

2 *Con diagnóstico de trastorno de la personalidad*

Pacientes que reunían los criterios del DSM-IV para hacer el diagnóstico de un trastorno de la personalidad específico y bien definido.

B) Variables Dependientes

- Tiempo como paciente de la institución: Número de meses que el paciente tuvo su primer contacto con la institución hasta diciembre de 2000.
- Asistencia a consulta externa: Número de consultas psiquiátricas programadas que el paciente asistió en el servicio de consulta externa, antes o tras su hospitalización.
- Inasistencia a consulta externa: Número de citas psiquiátricas programadas que el paciente no asistió en el servicio de consulta externa, antes o tras su hospitalización.
- Asistencia a sesiones de psicoterapia: Número de sesiones de psicoterapia programadas que el paciente asistió en el servicio de consulta externa.
- Inasistencia a sesiones de psicoterapia: Número de citas a sesiones de psicoterapia programadas que el paciente no asistió en el servicio de consulta externa.
- Consultas de urgencias: Número de consulta de urgencias requeridas por el paciente, desde el primer contacto con la institución hasta mayo del 2001.
- Períodos en tratamiento: Número de intervalos en que el paciente dejó de asistir a su tratamiento en la consulta externa por más de 6 meses.
- Drogas de abuso utilizadas: Número de drogas de abuso utilizadas por el paciente durante su vida. Incluye alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y otras. Se manejó como una variable ordinal cuyo valor máximo es 5.
- Número de medicamentos prescritos: Número de medicamentos psicoactivos distintos prescritos durante la aparición del primer episodio depresivo.

- Edad de la primera hospitalización: Edad en la que se requirió hospitalizar al paciente por primera vez en la institución debido a un episodio de depresión mayor.
- Intento suicida: Variable dicotómica donde se asignó el valor de 1 cuando el paciente presentaba antecedentes de uno o más intentos suicidas, y 0 cuando no lo tuvo.
- Número de hospitalizaciones: Número de hospitalizaciones en la institución a lo largo de la vida.
- Número de días de internamiento: Total de días de internamiento en todas las hospitalizaciones que haya presentado el paciente.
- Estudios de laboratorio: Número de veces que se requirieron estudios de laboratorio en fechas distintas
- Estudios de Imagen Cerebral: Número de veces que se requirieron estudios de tomografía axial computarizada o resonancia magnética en fechas distintas.
- Estudios de electroencefalografía: Número de veces que se requirió EEG o mapeo cerebral en fechas distintas
- Citas a neurología: Número de citas al servicio de neurología en la consulta externa
- Consultas a Medicina Interna: Número de citas al servicio de medicina interna en la consulta externa.

4.- Análisis Estadístico.

Los datos recopilados para los 237 pacientes se analizaron en la etapa comparativa considerando los tres niveles en que se codificó el trastorno de la personalidad como variable independiente. Las demás variables fungieron como variables dependientes. Las variables cuantitativas se compararon por medio de ANOVA simple con contrastes post-hoc según el método de Sheeffé. Las variables

nominales se contrastaron por medio de χ^2 y las ordinales por el procedimiento de asociación lineal de Mantel – Haenzel.

En la etapa correlativa se procedió a generar un modelo por medio de análisis de trayectorias (Path-Analysis). En primer lugar se establecieron todas las correlaciones bivariadas entre las variables en estudio para determinar cualquier alta correlación entre algún par de ellas y así escoger sólo una para evitar problemas de colinealidad. Por ejemplo, la edad del paciente correlacionó con 0.98 con la edad del primer internamiento; se decidió utilizar para el análisis la segunda de ellas

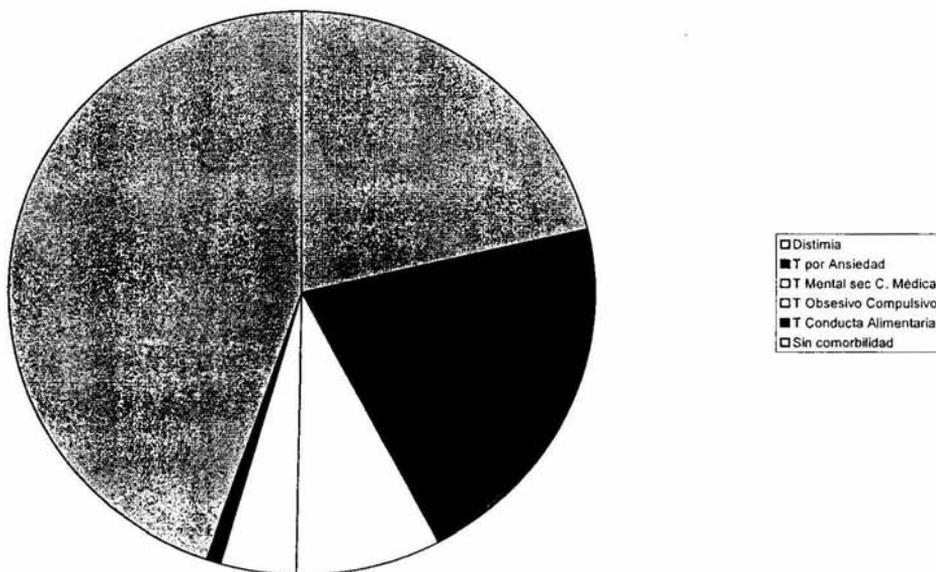
Una vez que se definieron las variables para el modelo se procedió a calcular todos los posibles modelos de regresión múltiple utilizando cada una de las variables como variable dependiente y el resto como independientes. Las regresiones múltiples se efectuaron por el método de pasos hacia atrás (Backstep) con criterios de eliminación de variables de $p < 0.001$ para mantener la variable dentro de la ecuación y de $p > 0.002$ para eliminarla.

El tamaño de muestra se considera suficiente para procesar las variables en estudio mediante regresión lineal. Con los resultados de los veinte modelos de regresión lineal obtenidos (Uno por variable) se procedió a construir el diagrama de las trayectorias, se consideró como base del modelo el diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Una vez obtenido el modelo se confirmó su ajuste a los datos empíricos utilizando el programa para análisis lineal estructural AMOS V6.3% (57). Los criterios de ajuste considerados fueron: La razón χ^2 con respecto a los grados de libertad (χ^2/gl), el índice de bondad de Ajuste (AGFI), y el error por mínimos cuadrados (RMSEA).

VIII RESULTADOS

Comorbilidad con Eje I



Trastorno comórbido	n	Porcentaje
Distimia	51	21.5%
Trastorno por Ansiedad	49	20.7%
Trastorno mental secundario a causa médica	19	8.0%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	10	4.2%
Trastorno de la Conducta Alimentaria	2	0.8%

Tabla y Gráfica 1. Distribución de la muestra según su comorbilidad con otros diagnósticos del Eje I según el DSM-IV

Como se acaba de presentar, en la muestra de nuestro estudio el trastorno comórbido más frecuente es la distimia, que es en realidad una depresión crónica.

El 37.6% de los pacientes presentaron comorbilidad con un solo trastorno del eje I del DSM-IV, y el 8.9% con dos trastornos del eje I.

El Diagnóstico de Trastorno de personalidad se presentó en el 29.5% de la muestra, mientras que 51.5% de los pacientes estudiados presentaron sólo rasgos del trastorno de la personalidad, y 19% no presentó trastorno de la personalidad.

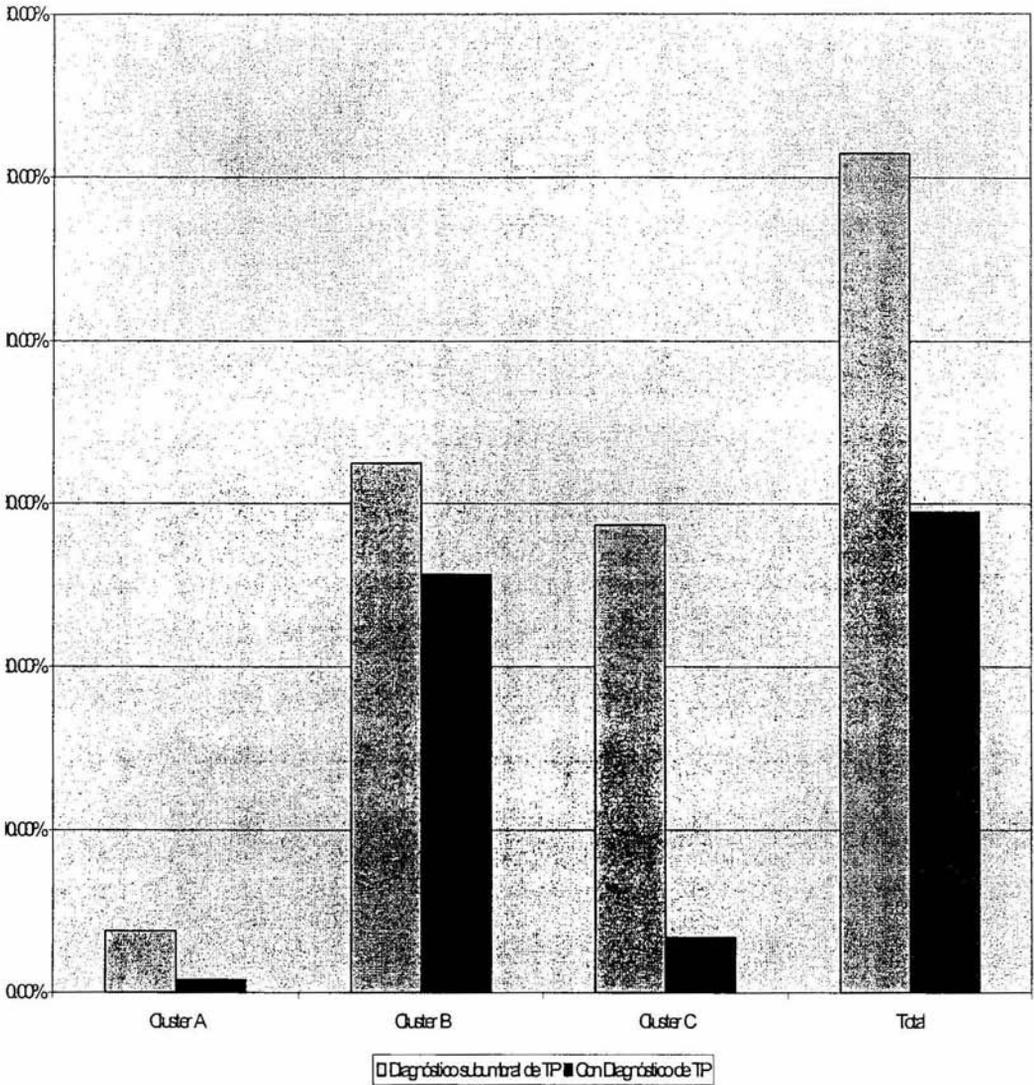
A continuación se mostrará una tabla con los hallazgos encontrados entre los diferentes clusters de trastornos de personalidad.

	CLUSTER A	CLUSTER B	CLUSTER C	TOTAL
Sin diagnóstico del trastorno de personalidad	---	---	---	19.0%
Diagnóstico subumbral de trastorno de la personalidad	3.8%	32.5%	28.7%	51.5%
Con Diagnóstico de trastorno de la personalidad	0.8%	25.7%	3.4%	29.5%
TOTAL	4.6%	58.2%	32.1%	100.0%

Tabla 2. Distribución de la muestra según el trastorno de la personalidad y su respectivo cluster.

Dentro de los hallazgos encontrados, encontramos dos datos interesantes en la presente tabla.

La primera, que los diagnósticos que involucran el cluster A es el menos frecuente dentro de la muestra, en comparación con los clusters B y C. Lo anterior puede deberse a que los trastornos de la personalidad del espectro excéntrico-esquizoide-paranoide suelen estar vinculados a otro tipo de trastornos psiquiátricos como son la esquizofrenia, y tienen poca comorbilidad con trastornos afectivos o bien son subdiagnosticados.



Gráfica 2: Presencia de Diagnósticos subumbrales y umbrales de Trastornos de la personalidad, y su relación con los respectivos clusters.

El segundo hallazgo característico es que predominan los diagnósticos subumbrales (Presencia de rasgos de personalidad) respecto al diagnóstico

“completo” del trastorno de la personalidad. Lo anterior puede deberse a que por la amplia variabilidad que se presenta en la génesis de la personalidad, sea menos probable que se presenten patrones de conducta que coincidan de manera específica con los criterios diagnósticos del DSM-IV para un solo trastorno de la personalidad; lo más probable es que un mismo paciente presente patrones de conducta que involucren diversos criterios de dos o más trastornos de personalidad diferentes y ello se interprete como presencia de varios rasgos de personalidad, sin llegar a completar un diagnóstico específico. Los pacientes estudiados no mostraron diferencias con respecto al trastorno de personalidad en cuanto a su género y ocupación; los pacientes con más escolaridad tienen una mayor probabilidad de presentar trastorno de personalidad ($\chi^2(4) = 15.50$; $p = 0.002$).

VARIABLE	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD						χ^2	p
	Sin trastorno		Subumbral		Con trastorno			
	n	%	N	%	N	%		
Género							3.48	0.175
Femenino	33	17.8	92	49.7	60	32.4		
Masculino	12	23.1	30	57.7	10	19.2		
Escolaridad							17.15	0.002
Primaria	20	37.7	24	45.3	9	17.0		
Media y Media Superior	20	14.3	75	53.6	45	32.1		
Superior	5	11.4	23	52.3	16	36.4		
Ocupación							3.37	0.498
Desempleado	11	21.2	24	46.2	17	32.7		

Trabajo no remunerado	25	20.3	60	48.8	38	30.9		
Trabajo remunerado	9	14.5	38	61.3	15	24.2		

Tabla 3. Distribución de las variables sociodemográficas entre los grupos clasificados de acuerdo al trastorno de personalidad.

Las comparaciones **univariadas** entre los diferentes grupos de estudio (Pacientes sin trastorno de personalidad, con rasgos o con trastorno de la personalidad) mostraron diferencias significativas en diferentes variables.

Los pacientes con trastorno de la personalidad mostraron un mayor tiempo como pacientes de la institución, con un promedio de 46.93 meses, en comparación con 35.87 meses en los pacientes sin trastorno de la personalidad [$F(2,234)=3.035$; $p=0.05$]. El grupo con rasgos de trastorno de la personalidad no difirió del grupo sin trastorno de la personalidad.

Estos resultados indican que los pacientes con la presencia de eje II permanecen por más tiempo como usuarios de los servicios en general de la institución.

Respecto al número de hospitalizaciones, los pacientes con trastorno de la personalidad presentaron una media de 2.16 hospitalizaciones en contraste de los pacientes sin trastorno de la personalidad, que tenían un número promedio de 1.27 hospitalizaciones [$F(2,234)=13.111$; $p < 0.001$], mientras que el grupo con rasgos de trastorno de personalidad mostró una media de 1.48 hospitalizaciones, que no difirió del grupo sin trastorno de la personalidad.

En cuanto al número de medicamentos administrados, también se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con trastorno de la personalidad se les han prescrito en promedio 4.36 medicamentos distintos,

mientras que los pacientes sin trastorno de la personalidad se les prescribieron en promedio 2.48. En ésta variable, el grupo con sólo rasgos de trastorno de la personalidad no difirió significativamente del grupo con trastorno de la personalidad, presentando una media de 3.67 [$F(2,234)=9.820$; $p < 0.001$].

Los pacientes con trastorno de la personalidad tuvieron una edad significativamente menor cuando aconteció su primera hospitalización (30.73 años), en comparación con el grupo sin trastorno de la personalidad, que tenían en promedio 41.71 años cuando ocurrió su primera hospitalización. Los pacientes con rasgos de trastorno de la personalidad, difirieron de los otros dos grupos presentando un valor intermedio de 35.61 años [$F(2, 234)=9.179$; $p < 0.001$].

Respecto al antecedente de uso de drogas, los pacientes con trastorno de la personalidad presentaron en promedio el uso de 1.23 drogas, difiriendo del grupo de los pacientes sin trastorno de la personalidad que resultó de 0.44 [$F(2,234)=7.854$; $p < 0.001$]. Los pacientes con rasgos de trastorno de la personalidad mostraron diferencias respecto de los otros dos grupos y obtuvieron una media de 0.87 sustancias.

En efecto hubo diferencias, aunque no estadísticamente significativas, en el número de días de internamiento, en el grupo con trastorno de la personalidad se encontró una media de 54.16 días en promedio, los días de internamiento curiosamente bajan en los otros dos grupos: Con rasgos de la personalidad mostraron una media de 40.61 días de estancia intrahospitalaria y los pacientes sin diagnóstico de trastorno de la personalidad mostraron una media de 34.02 días.

En cuanto a las variables consulta de urgencias y faltas a la consulta externa las diferencias fueron marginales, mientras que las demás variables no mostraron diferencias entre los grupos.

Variable en estudio	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD						F	p
	Sin Diagnóstico		Con Rasgos		Con Diagnóstico			
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.		
Número de Hospitalizaciones	1.27	0.62	1.48	0.94	2.16	1.37	13.111	< 0.001
Número de Medicamentos prescritos	2.84	1.24	3.67	1.86	4.36	1.97	9.820	< 0.001
Edad de la primera hospitalización	41.71	17.30	35.61	13.12	30.73	11.03	9.170	< 0.001
Drogas de Abuso utilizadas	0.44	0.69	0.87	1.00	1.23	1.26	7.854	< 0.001
Días de internamiento	34.02	24.18	40.61	40.35	54.16	46.69	4.078	0.018
Tiempo como paciente de la institución	35.87	19.75	40.07	24.02	46.93	28.71	3.035	0.050
Consultas de Urgencias	1.02	1.27	1.07	2.01	1.74	2.28	2.992	0.052
Faltas a Consulta Externa	3.33	2.88	4.76	4.71	5.40	5.18	2.837	0.061
Consultas a Medicina Interna	1.07	3.14	0.44	1.27	0.46	1.46	2.100	0.125
Faltas a sesiones de Psicoterapia	0.89	1.82	1.65	3.43	1.73	2.95	1.238	0.292
Períodos en tratamiento	1.38	0.68	1.50	0.87	1.63	1.08	1.075	0.343
Asistencia a sesiones de psicoterapia	4.04	8.96	5.97	11.56	5.17	9.79	0.557	0.574
Estudios de Electroencefalograma	2.07	1.01	1.93	1.26	2.10	1.36	0.499	0.608
Citas a Neurología	0.27	0.58	0.36	0.99	0.27	1.24	0.241	0.786
Estudios de Imagen Cerebral	1.18	0.65	1.25	0.63	1.21	0.54	0.217	0.805
Estudios de laboratorio	4.47	3.62	4.24	4.08	4.59	3.43	0.198	0.820
Asistencia a Consulta Externa	16.11	15.51	15.33	12.66	15.51	13.91	0.055	0.947

Tabla 4. Distribución de las variables en estudio entre los grupos clasificados de acuerdo al trastorno de la personalidad.

Con respecto a los intentos suicidas, también se encontraron diferencias interesantes: El 41.2% de los pacientes con trastorno de la personalidad y el 47.1% con rasgos del trastorno de personalidad intentaron suicidarse al menos una vez a lo largo de su vida, en contraste del 11.8% de los pacientes sin trastorno de la personalidad. ($\chi^2(2)=18.438$; $p < 0.001$) Es evidente que la presencia de problemas de personalidad es un potente factor de riesgo para la existencia de algún antecedente de intento suicida. Debido a que ésta variable fue dicotómica, no se pudo evaluar cualitativamente, por lo que se ignora el número total de intentos de suicidio y/o la letalidad de los mismos.

Variable en Estudio	Trastorno de la personalidad						χ^2	p
	Sin Trastorno		Con Rasgos		Con Trastorno			
	n	%	n	%	n	%		
Intento suicida	14	11.8%	56	47.1%	49	41.2%	18.438	< 0.001

Tabla 5. Distribución de la prevalencia del intento suicida a lo largo de la vida entre los grupos clasificados de acuerdo al trastorno de la personalidad.

Hasta ahora se ha visto que la presencia de algún trastorno de la personalidad es un importante factor determinante en la presencia de otras complicaciones que acompañan a los trastornos afectivos, como lo son el número y duración de las hospitalizaciones, número de fármacos utilizados y presencia de intentos suicidas. Este análisis ha sido univariado, sin embargo, para determinar la fuerza de asociación específica entre las diferentes variables, se procedió a un análisis multivariado, el cual presentaremos a continuación.

El análisis **multivariado** generó un modelo estructural, que se aprecia en la figura 1. En dicho modelo se pueden apreciar las relaciones entre las veinte variables en estudio. El grueso de las líneas expresa la fuerza de asociación entre las variables y la dirección de la flecha indica que cuando se presentan los valores altos de la variable es probable que la otra variable presente valores altos si la relación es positiva, y bajos si es negativa. En el caso de las variables cualitativas el valor mayor se asignó a la presencia de la cualidad, y en el caso del género se le asignó al femenino. En dicho diagrama las líneas de puntos representan las relaciones inversas.

En cuestión de temporalidad, las variables Tiempo como paciente de la institución y Períodos en tratamiento se utilizan como covariables para controlar el efecto del tiempo. De ésta manera las relaciones entre las demás variables se consideran como si todos los pacientes tuvieran el mismo tiempo como pacientes del instituto. En la tabla 6 se presentan los resultados obtenidos con respecto a éstas variables acompañándolas de un comentario que explica la relación encontrada.

Variable Dependiente	Variable Independiente	β Estándar	Razón Crítica (z)
Tiempo como paciente en la institución	Asistencia a consulta externa	0.280	4.705
Tiempo como paciente en la institución	Faltas a Consulta Externa	0.197	3.069
Tiempo como paciente en la institución	Edad de la Primera Hospitalización	0.189	4.100
Tiempo como paciente en la institución	Trastorno de la personalidad	0.143	3.077
Tiempo como paciente en la institución	Períodos en tratamiento	0.437	8.935
Asistencia a Consulta Externa	Períodos en tratamiento	-0.099	-1.910
Faltas a Consulta Externa	Períodos en tratamiento	0.315	5.650
Consultas de Urgencia	Períodos en tratamiento	0.296	5.323

Tabla 6. Valores de las relaciones encontradas en el modelo estructural para las covariables Tiempo como Paciente de la Institución y Períodos en Tratamiento.

A continuación se interpretarán los resultados del análisis multivariado que se mostró en ésta tabla.

Como es de esperarse, un paciente que tiene mayor número de citas asistidas al servicio de la consulta externa, lleva más tiempo asistiendo a la institución, de la misma manera, si el paciente tiene mayor número de faltas a la misma, aunque tenga ausentismo las citas se continúan programando, y sigue registrándose como paciente de la institución, ya que en ningún caso se da de baja del archivo.

Se encontró que a mayor edad cuando se efectuó la primera hospitalización es más probable que haya mayor tiempo como paciente de la institución, de lo anterior se deduce que cuando un paciente se hospitaliza a edades tempranas, por lo general termina sus ciclos de tratamiento antes que un paciente con mayor edad.

Un paciente con trastorno de la personalidad tiene mayores probabilidades de tener más tiempo como paciente de la institución; podemos decir que ésta es la principal demostración de nuestro estudio, ya que al tener problemas de

personalidad los pacientes tienen mayor resistencia a los tratamientos y menor respuesta a los mismos, repercutiendo así en la falta de respuesta en los tratamientos, mayor índice de recaídas y por lo tanto, mayor tiempo de paciente institucionalizado.

A mayor número de períodos de tratamiento (Recordando que un período en tratamiento se define como un tiempo mayor de seis meses de inasistencia) también se asocia a mayor tiempo como paciente de la institución; esto se explica de la misma manera respecto a lo anterior: Ante la inasistencia sostenida (A pesar de que ya no se programen citas) el trastorno prevalece a lo largo del tiempo y el paciente tarde o temprano regresa a solicitar atención.

Al asistir inconstantemente, por ende aumenta la posibilidad de tener ausentismo por más de seis meses (Período en tratamiento); de la misma manera un menor número de períodos de tratamiento se asocia a un mayor número de citas asistidas en la consulta externa y un menor número de faltas en la misma.

Por lo general, los pacientes que dejan de acudir a la institución por un tiempo considerable, deben de ser vistos en el servicio de urgencias para “reincorporarse” al tratamiento, por ésta razón un mayor número de períodos e tratamiento se asocia a un mayor número de consultas de urgencia.

Hemos visto las relaciones de las variables de temporalidad, encontrando fundamentalmente que un mayor tiempo como paciente de la institución y la existencia de períodos mayores de ausentismo (Períodos en tratamiento) constituyen una importante asociación con la inconsistencia en la regularidad en la atención de la consulta externa.

Las relaciones del análisis multivariado para la variable principal de nuestro estudio, el trastorno de la personalidad, se muestran a continuación.

Variable Dependiente	Variable Independiente	β Estándar	Razón Crítica (z)
Asistencia a Consulta Externa	Trastorno de la Personalidad	-0.102	-2.162
Drogas de Abuso Utilizadas	Trastorno de la Personalidad	0.207	3.196
Número de Medicamentos Prescritos	Trastorno de la Personalidad	0.158	2.961
Género Femenino	Trastorno de la Personalidad	0.146	2.210
Trastorno de la Personalidad	Edad de la Primera Hospitalización	-0.234	-3.856
Trastorno de la Personalidad	Intento Suicida	0.170	2.786
Trastorno de la Personalidad	Número de Hospitalizaciones	0.239	4.005

Tabla 7. Valores de las relaciones encontradas en el modelo estructural para la variable trastorno de la personalidad.

Respecto de lo anterior, encontramos también hallazgos importantes: Los pacientes con existencia de trastorno de personalidad es más probable que tengan un menor número de citas asistidas a la consulta externa; esto se puede explicar porque al coexistir un trastorno de la personalidad por lo general los pacientes suelen tener inconsistencia y conductas erráticas respecto de su tratamiento psiquiátrico. Por lo general son pacientes altamente demandantes y al no cumplirse sus expectativas, que suelen ser muy elevadas y difíciles de cumplir, tienen índices altos de deserción.

Se tiene bien estudiado que ciertos trastornos de personalidad tienen asociación con el antecedente o incluso el consumo activo de sustancias. En efecto, se encuentra en nuestro estudio que la existencia del trastorno de personalidad se asocia con el antecedente de haber consumido mayor número de drogas. Debido a que ésta variable fue nominal, no se estimó cualitativamente algunos aspectos respecto de las adicciones, como tiempo e intensidad del consumo y tipo de drogas consumidas, de cualquier manera el resultado que encontramos es consistente y esperado respecto de estudios previos.

Por lo general, los pacientes con trastorno de la personalidad tienen índices altos de disforia, irritabilidad, inestabilidad, y falta de respuesta objetiva y subjetiva a los distintos tratamientos, además de que hacen por el problema de personalidad de un trastorno afectivo comórbido. Al persistir con el malestar y en muchas ocasiones debido a la propia ansiedad que genera la contratransferencia del médico tratante, éstos pacientes tienden a tener un tratamiento polifarmacológico, como observamos en dicha tabla, en donde la existencia del trastorno de personalidad se asocia a un mayor número de medicamentos prescritos.

La prevalencia del trastorno de personalidad es mayor en el género femenino, y en éste estudio se observa éste mismo hallazgo,

También se observa que a menor edad de la primera hospitalización hay una mayor probabilidad de que se presente algún trastorno de la personalidad; esto puede radicar en que los trastornos de personalidad por lo general se gestan en etapas medias o tardías de la adolescencia.

Los pacientes deprimidos con antecedentes de algún intento suicida tienen mayor posibilidad de tener algún trastorno de la personalidad; sabemos que un trastorno afectivo comórbido con un trastorno en el eje II suele ser de mayor gravedad y por lo tanto también lo es la sintomatología que lo acompaña, incluyendo la propia del suicidio.

Un número mayor de hospitalizaciones se asocia a la presencia de un trastorno de la personalidad; esto se ve debido a que cuando hay comorbilidad con eje II los pacientes tienen mayor tendencia a presentar recaídas y falta de respuesta al tratamiento, a reincidir en intentos suicidas y por lo tanto, a reunir con más frecuencia criterios de internamiento que hacen obligatoria una nueva hospitalización.

Se han analizado las principales variables del estudio, sin embargo es necesario también analizar el impacto que tuvieron las demás variables, que no formaron parte de la principal (Trastorno de la personalidad) en forma directa, pero que tuvieron una relación indirecta, llamándose por consiguiente como **variables mediadoras**.

Se les denominó de ésta manera debido a que se asocian con la variable principal por medio de otras, dentro del modelo de utilización de recursos médicos por pacientes deprimidos con trastorno de la personalidad.

Variable Dependiente	Variable Independiente	β Estandar	Razón Crítica (z)
Número de Hospitalizaciones	Faltas a Consulta Externa	0.147	3.381
Número de Hospitalizaciones	Días de Internamiento	0.748	20.851
Número de Hospitalizaciones	Intento Suicida	0.076	2.125
Número de Hospitalizaciones	Consultas de Urgencia	0.186	4.722
Número de Medicamentos Prescritos	Número de Hospitalizaciones	0.203	2.351
Número de Medicamentos Prescritos	Días de internamiento	0.311	3.731
Número de Medicamentos Prescritos	Consultas a Medicina Interna	-0.112	-2.101
Días de Internamiento	Estudios de Laboratorio	0.640	12.806
Edad de la Primera Hospitalización	Intento Suicida	-0.197	-3.085
Drogas Usadas	Edad de la Primera Hospitalización	-0.154	-2.383
Consultas a Medicina Interna	Edad de la Primera Hospitalización	0.334	5.695
Consultas a Medicina Interna	Asistencia a Consulta Externa	0.267	4.547

Tabla 8. Valores de las relaciones encontradas en el modelo estructural para las variables mediadoras.

Dentro de nuestro estudio, se incluyeron además asistencia a otros servicios dentro de la institución. Por lo tanto, dentro del análisis multivariado se estudió la

relación que tienen las variables de asistencia a consulta externa con las variables de asistencia a las sesiones de psicoterapia.

Por lo general, las interconsultas al departamento de psicoterapia son para pacientes que tienen problemas emocionales que directa o indirectamente están relacionados con problemas de ajuste o adaptación, y por lo tanto relacionadas a los trastornos de personalidad.

Variable Dependiente	Variable Independiente	β Estándar	Razón Crítica (z)
Asistencia a Consulta Externa	Faltas a Consulta Externa	0.638	11.689
Asistencia a Sesiones de Psicoterapia	Faltas a Sesiones de Psicoterapia	0.793	20.012
Asistencia a Consulta Externa	Asistencia a Sesiones de Psicoterapia	0.186	3.712
Faltas a Consulta Externa	Falta a Sesiones de Psicoterapia	0.136	5.561

Tabla 9. Valores de las relaciones encontradas en el modelo estructural para las variables relacionadas con las citas a consulta externa y las citas a psicoterapia.

En ésta tabla podemos apreciar que tanto la asistencia como las faltas tanto a las citas en consulta externa como en psicoterapia se relacionan de forma directa; un mayor número de faltas en una predecirá mayor número de faltas en la otra; es curioso que también un mayor número de faltas predecirá mayor número de asistencia, lo cual nos indica que el seguimiento al tratamiento es fluctuante e inestable a lo largo del tiempo

Finalmente, analizaremos de forma multivariada qué papel tienen dentro de nuestro estudio el resto de las variables, que no tienen una relación directa con la variable principal de nuestro estudio.

Variable Dependiente	Variable Independiente	β Estándar	Razón Crítica (z)
Falta a Sesiones de Psicoterapia	Consultas de Urgencia	0.345	5.647
Faltas a Consulta Externa	Consultas de Urgencia	0.186	3.142
Consultas de Urgencia	Intento Suicida	0.170	3.066
Consultas de Urgencia	Estudios de Laboratorio	0.254	4.565
Consultas de Urgencia	Estudios de Imagen Cerebral	0.301	5.424
Estudios de Electroencefalografía	Estudios de Imagen Cerebral	0.200	3.137
Citas a Neurología	Estudios de Imagen Cerebral	0.244	3.865
Género Femenino	Drogas Usadas	-0.147	-2.216

Tabla 9. Valores de las relaciones encontradas en el modelo estructural para las variables no relacionadas con el trastorno de la personalidad o relacionadas sólo a través de las variables mediadoras.

En ésta tabla pudimos apreciar cuáles son las relaciones que tiene la solicitud de consulta de urgencia con otras variables. Como había sido señalado anteriormente, el servicio de urgencias es visitado en gran porcentaje por pacientes que suelen abandonar el tratamiento, faltan a sus consultas, no tienen adecuado seguimiento en la consulta externa y por lo general tienen evolución tórpida o poco favorable de su padecimiento.

Es aquí donde encontramos que efectivamente, un mayor número de solicitud de consulta de urgencias predice mayor falta a las sesiones de psicoterapia y a la consulta externa; de la misma manera, el antecedente de algún intento suicida es un predictor de la solicitud de consulta de urgencias, ya que el intento suicida es en sí una urgencia psiquiátrica, de características tan alarmantes que es necesaria la atención inmediata e inclusive de seguimiento estrecho por parte del servicio de urgencias cuando no está indicada la hospitalización pero el paciente requiere de un monitoreo constante.

Llama la atención que a mayor solicitud de estudios de laboratorio y de imágenes cerebrales aumenten las probabilidades de solicitud de consulta de urgencias; lo anterior puede explicarse a que los pacientes que acuden al servicio de urgencias suelen ser más demandantes y con mayores dificultades para tener un seguimiento satisfactorio de su padecimiento, y por lo tanto suelen solicitar constantemente estudios objetivos ante la duda de que pudiese haber un diagnóstico subsindromático. Observamos que es probable que cuando a un paciente se le solicitan estudios de neuroimagen es probable que también se le soliciten estudios de electroencefalografía, y que la solicitud de dichos estudios se asocie con las citas programadas al servicio de neurología habla de la importancia de éstos estudios de gabinete para dicho servicio.

Vemos que existe una relación inversa entre el género femenino y el número de drogas de abuso usadas, explicando lo anterior que el uso y abuso de distintos tipos de drogas se asocia más al género masculino, como ha sido reportado previamente.

El modelo ajustó con una razón χ^2 con respecto a los grados de libertad $\chi^2/gf = 2.002$, el índice de bondad de Ajuste **AGFI** = 84.9%, y el error por mínimos cuadrados **RMSEA** = 0.65 con un intervalo de confianza al 90% de =.54 a 0.076. A partir de los criterios anteriores se establece que el modelo propuesto ajusta a los datos empíricos. Se tienen estudios previos de que un valor de χ^2/gf en un rango de 2 a 3 es un ajuste aceptable, y que un error RMSEA menor a 0.08 es razonable.

A continuación presentaremos el modelo estructural del impacto de los trastornos de la personalidad sobre la utilización de los servicios especializados en pacientes deprimidos, como un resumen esquemático de todo nuestro estudio.

En éste modelo, se expresan todas las variables del estudio y su relación entre ellas, con el fin de esquematizar y simplificar nuestro análisis multivariado.

Las relaciones entre las distintas variables se expresan por medio de flechas: A mayor grosor de las flechas se indica una mayor asociación entre las variables, y las flechas con línea punteada indican una relación inversa entre las variables. Observamos que la mayoría de las variables tienen una relación directa con la presencia de eje II.

El presente modelo de asociación multivariada, no solamente nos sirve como evidencia de importante impacto que tiene la presencia del eje II en la utilización de los servicios de salud mental, sino también nos permite entender que la presencia de un determinado problema puede influir en la génesis o en la evolución de otro, sugiriendo que la intervención en dichos niveles alterará de forma subsecuente los demás aspectos relacionados, dejándonos hallazgos para nuevos proyectos de investigación o sugerencias para intervenciones terapéuticas puntuales para mejorar un importante problema de salud pública.

IX CONCLUSIONES

Los resultados antes descritos nos permiten tener una mejor comprensión del impacto sobre la utilización de los servicios de salud mental en pacientes con depresión mayor comórbida con trastorno de la personalidad. Este estudio confirma los hallazgos de otras investigaciones sobre la alta prevalencia de los trastornos de la personalidad en pacientes deprimidos hospitalizados. Con base al modelo estructural encontrado podemos establecer lo siguiente: Los pacientes con TP presentan 1.7 veces más hospitalizaciones en promedio que los pacientes sin TP, la diferencia univariada encontrada en el número de días de internamiento se explica por el número de internamientos ya que la duración promedio en pacientes con TP (25 días) es menor a la duración de los pacientes con depresión sin TP (27 días), esto puede significar que el cuadro depresivo se ve acrecentado en severidad por el TP al ser hospitalizado, es decir, la severidad intrínseca de la depresión es de leve a moderada por lo que en promedio presenta una remisión más rápida pero de menor duración.

El cuadro depresivo presentado por pacientes sin TP es de mayor severidad y tarda en remitir más tiempo. Por otra parte, el mayor número de hospitalizaciones es el que explica la razón de intentar diferentes tratamientos farmacológicos que general a largo plazo la prescripción de mayor diversidad de fármacos.

El intento suicida es la razón por la que los pacientes con TP acuden a urgencias y requieren ser hospitalizados, al persistir la ideación suicida a pesar del intento previo.

En cuanto a la edad de la primera hospitalización ésta se da más temprana en pacientes deprimidos con TP y también está influenciada por la presencia de algún intento suicida.

Los pacientes deprimidos con TP presentan una baja adherencia terapéutica a su tratamiento en consulta externa, presentando un menor número de asistencias y un mayor número de inasistencias, patrón que aparece también en su tratamiento psicoterapéutico.

Los pacientes con TP son mayores consumidores de drogas de abuso, principalmente hombres, y se asocia en éstos a una menor edad de su primer internamiento, sin embargo la mayor proporción de pacientes deprimidos con TP pertenecen al género femenino.

En el modelo estructural se puede observar que el otorgamiento de servicios de laboratorio y gabinete, así como las interconsultas a medicina interna y neurología no están asociadas al TP.

Los resultados obtenidos en éste estudio señalan claramente cómo algunos parámetros en la utilización de los servicios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en pacientes deprimidos con y sin trastorno de la personalidad están estrechamente relacionados con las características clínicas que presenta el paciente deprimido asociado al diagnóstico comórbido del eje II del DSM-IV.

La hipótesis multifactorial (Biopsicosocial) de la depresión mayor está en estrecha relación con las variables que hemos observado en éste estudio y que

nos orientan a definir con más precisión los parámetros para el adecuado tratamiento de los pacientes deprimidos con un trastorno de la personalidad.

El presente trabajo nos ha hecho reflexionar acerca del impacto que tienen los trastornos de la personalidad en la evolución clínica y terapéutica en el más importante de los trastornos psiquiátricos, y pone de manifiesto que los trastornos de personalidad deben de ser considerados como un padecimiento de interés clínico más que como una incidencia desafortunada que sólo genera contratransferencia negativa en el médico, obligándonos a tratarlos de forma integral y directa como se hace con los trastornos del eje I.

Para reforzar ésta evidencia, son necesarios nuevos estudios en donde se ponga de manifiesto que los trastornos afectivos comórbidos con trastornos del eje II, que reciben abordaje propositivo para los trastornos de personalidad, como lo son las hospitalizaciones breves, la psicoeducación, el abordaje terapéutico individual y grupal, entre otras, determinen un mejor pronóstico y evolución en los trastornos comórbidos del eje I.

Es por ello que la investigación en psiquiatría no debe limitarse al marco neurobiológico, sino también abarcar aspectos psicológicos, ya que si bien está fundamentado un componente biológico en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, es un hecho que el componente de personalidad es un determinante en la evolución, si no es que en la misma patogenia de un trastorno del eje I.

X BIBLIOGRAFIA.

1.- Ormel, D. Common mental disorders and disability across cultures: results of the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. JAMA 1994; 272: 1741-8.

2.- Bender, DS, Dolan RT. Treatment utilization by patients with personality disorders. American Journal of Psychiatry, 1999; 158: 295-302.

3.- Staner L. Biological and Clinical features of recurrent brief depression: A comparison with major depressed and healthy subjects, Journal of Affective Disorders, 1992: 26, 241-54

4.- Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. Annals of Internal Medicine, 1997; 126: 417-22.

5.- Rorsman B, Grasbeck A, Hagnell O, Lanke J, Ohman R, Ojesjo L. A prospective study of first-incident depression. The Lundby study, 1957-1972. British Journal of Psychiatry, 1990; 156:336-342

6.- Kendler, KS, Kessler RC, Walters EE, McLean C. Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression in women. American Journal of Psychiatry, 152: 883-94,1995.

7.- Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample: Demographic and clinical risk factors for first onset. Archives of General Psychiatry, 1992; 49: 117-24.

- 8.- Stephens JH, McHugh PR. Characteristics and long-term follow up of patients hospitalized for mood disorders in the Phipps Clinic, 1913-1940. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 1991; 179: 64-72
- 9.- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatry Association. Fourth Edition, 1994, Washington DC.
- 10.- Peroutka SJ, Snyder SH. Multiple serotonin receptors: Differential binding of [3-H]-lysergic acid diethylamide and [3-H]-spiperidol. *Molecular Pharmacology*, 1998, 16: 687-699.
- 11.- Stahl, SM. *Depression and Bipolar Disorders*. En: *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge University Press, 2000 UK, Second Edition.
- 12.- Vanhatalo S, Soinila S. The concept of chemical neurotransmission: Variations on the theme. *Annals of Medicine*, 1998; 30: 151-8.
- 13.- Cheramy, A, Lievel V, Glowinski, J. Dendritic release of dopamine in the substantia nigra. *Nature*, 1981; 289: 537-542.
- 14.- Stahl SM. When neurotrophic factors get on your nerves: Therapy for neurodegenerative disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59(6): 149-50
- 15.- Taylor D, MacConell H. Substance P and the neurokinins, part 2: Novel peptide neurotransmitters in psychopharmacology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999: 60(2) 77-8.
- 16.- Baldesarini RJ. Current status of antidepressants. *Clinical pharmacology and therapy*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1989: 50; 117-26.

- 17.- Elkin I, She MTm Watkins JT et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. Archives of General Psychiatry, 1989; 46: 971-82.
- 18.- Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Archives of General Psychiatry, 1991; 48: 1053-9.
- 19.- Colorusso CA, Nemiroff RA. Adult Development: A New Dimension in Psychodynamic Theory and Practice. Plenum, New York, 1981.
- 20.- Vaillant GE. Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study. American Journal of Psychiatry, 153: 21-7; 1996.
- 21.- Marmar, CR. Trastornos de la Personalidad. En: Psiquiatría General. Goldman H, Editorial El Manual Moderno, 4ª, Edición, 393-420, 1996.
- 22.- Lewis G, Appleby L. Personality disorder: The patients psychiatrist dislike. British Journal of Psychiatry, 153: 44-49; 1988.
- 23.- Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Costa PT. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry; 30: 536-42; 2002.
- 24.- Hyler SE, Reider RO, Williams JBW, Spitzer RL, Hendler JA. A comparison of clinical and self-report diagnosis of DSM-III personality disorders in 552 patients. Comprehensive Psychiatry, 30: 170-8: 1989.
- 25.- Bouchard TJ, Lykken DT, McGue M. Sources of human psychological differences: The Minnestota syudy of twins reared apart. Science, 250: 223-7: 1990.

26.- Rost KM, Akins RN, Brown FW. The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 14: 322-34; 1996.

27.- Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1826-31: 1993.

28.- Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: the DSM-IV Edition*. American Psychiatric Press, Washington, 1994.

29.- Schroeder ML, Livesley WJ. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 432-40: 1992.

30.- Flett GL, Vredenburg K, Krames L. The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*, 121: 395-416: 1997.

31.- Endler NS, Kocovski NL. Personality Disorders at the Crossroads. *Journal of Personality Disorders*; 16: 487-502: 2002.

32.- Fossati A, Maffei C, Battaglia M, Donati D, Donini M, Fiorilli M. Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41: 201-215; 2000.

33.- Gude T, Vaglum P. One Year follow up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within cluster C, and "pure" C with "pure" cluster A or B conditions. *Journal of Personality Disorders*, 15: 216-28: 2001.

- 34.- Kaus G, Reynolds DJ. The "A-B-C's" of the Cluster B's: Identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review*; 21; 345-73; 2001.
- 35.- Ormel, D. Common mental disorders and disability across cultures: results of the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*; 272: 1741-8; 1994
- 36.- Angst J, Dobler-Mikola A: The Zurich study: A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*; 234: 408; 1995.
- 37.- Beekman A, Pennix BW, Deeg DJ, De Beurs E, Geelrings SW, Van Tilburg, W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand*; 105(1): 20-7; 2002
- 38.- Regier DA. The NIMH depression, awareness, recognition and treatment program: Structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*; 145: 1351-7; 1988
- 39.- Katzelnick DJ, Kobak KA, Deleire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, Schneider FR. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*; 158(12): 1999-2007; 2001
- 40.- Reich J, Boerstler H, Yates W, Nduaguba M. Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. *Int J Psychiatry in Medicine*; 19(1): 1-9; 1989.
- 41.- Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Kalyvoka A, Petruzzi C. A personality disorders prevalence study among inpatients with mood disorders, psychoactive substance use disorders and anxiety disorders. *Epidemiol Psychiatr Soc*; 9(1): 36-44; 2000.

- 42.- Skodol AE. Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Depression and anxiety*; 49: 151-6, 1999.
- 43.- Kwon JS, Kim YM, Chan CG, Park BJ, Kim L, Doh-Joon-Yoon, Han WS, Lee HJ. Three year follow up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: Subsequent development of dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*; 157 (12): 1966-72; 2000.
- 44.- Alloy, LB. Depressogenic cognitive styles: Predictive validity information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Res Ther*; 37(6): 503-21; 1999
- 45.- Ball, J, Kearney B, Wilhelm K, Deshurst-Savellis J, Barton B. Cognitive behaviour therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*; 28(1): 71-85; 2000.
- 46.- Persson ML, Runeson BS, Wasserman D. Diagnoses, psychosocial stressors and adaptive functioning in attempted suicide. *Annals of clinical psychiatry*; 11(3): 119-28, 1999.
- 47.- Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, Giouzepas J. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 99(5) 332-40; 1999
- 48.- Bunce, SC, Coccaro E. Factors differentiating personality disordered individuals with and without a history of unipolar disorder. *Depression and Anxiety*; 10(4): 147-57; 1999

- 49.- Aimmerman M. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*; 40(4): 245-252; 1999
- 50.- Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*; 42(2): 144-50; 2001
- 51.- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*; 61(8): 549-55; 2000
- 52.- Sansone RA, Wiederman MW, Sansone L. Borderline personality symptomatology, experience of multiple types of trauma, and health care utilization among women in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*; 59(3): 108-11; 1998.
- 53.- De la Fuente, R. *La Patología Mental y su Terapéutica*. Fondo de Cultura Económica, Primera Edición, México, 1997.
- 54.- Hueston W, Mainous A, Schilling R. Patients with personality disorders: Functional status, health care utilization and satisfaction with care. *The Journal of Family Practice*, 42: 54-60; 1996.
- 55.- Bender D, Dolan R, Skodol AE. Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 295-302: 2001.
- 56.- Egeland JA, Hostetter AM. Amish Study. I. Affective Disorders among the Amish, 1976-1980. *American Journal of Psychiatry*; 140: 56-67: 1983.
- 57.- Arbuckle J. *AMOS User's Guide Version 3.6*. Small Waters Corporation, 1997.