



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR.

BERNARDO SEPULVEDA”

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Respuesta al tratamiento con ISRS en pacientes con
trastorno depresivo de acuerdo a tipo de temperamento
afectivo.

R-2012-3601-107

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DRA. LORENA AGUILAR CARRANZA

ASESORES

DR. FELIPE VÁSQUEZ ESTUPIÑAN

DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID

M EN C CUAUHTÉMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2013.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

TITULO:

**RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ISRS EN PACIENTES CON TRASTORNO
DEPRESIVO DE ACUERDO A TIPO DE TEMPERAMENTO AFECTIVO.**

TESIS QUE PRESENTA:

LORENA AGUILAR CARRANZA

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

ASESORES: M. EN C. FELIPE VÁSQUEZ ESTUPIÑAN
M. EN C. GUADALUPE AGUILAR MADRID
M. EN C. CUAUHTÉMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2013



DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI, D.F. SUR

FECHA 02/07/2012

MTRO. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ISRS EN TRASTORNO DEPRESIVO DE ACUERDO
AL TEMPERAMENTO AFECTIVO**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3601-107

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	8
MARCO TEORICO.....	12
JUSTIFICACION.....	22
OBJETIVOS.....	24
MATERIAL Y METODOS.....	25
Tipo de estudio.....	25
Poblacion del estudio, selección y tamaño de muestra.....	25
Criterios de inclusión y exclusión.....	25
Variables.....	26
Instrumentos de medición.....	26
Metodos de recolección de datos.....	28
Plan de análisis de resultados.....	28
Aspectos éticos.....	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSION.....	36
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS.....	42

RESUMEN

RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ISRS EN TRASTORNO DEPRESIVO DE ACUERDO AL TEMPERAMENTO AFECTIVO

INTRODUCCION: La falta de respuesta al tratamiento es un fenómeno que comúnmente se observa en trastorno depresivo. Se han asociado con pobre remisión algunos componentes del temperamento. **OBJETIVO:** Identificar la relación entre la respuesta al tratamiento con ISRS en trastorno depresivo con los diferentes tipos de temperamento afectivo. **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio transversal descriptivo con medidas repetidas, en pacientes con trastorno depresivo tratados con ISRS en el servicio de psiquiatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se les aplicó el autocuestionario de evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego y la escala de depresión de Hamilton. 4 semanas después, se valoró la respuesta temprana al tratamiento, por medio de la escala de depresión de Hamilton. Se analizó la información en el programa estadístico STATA 11. **RESULTADOS:** El tipo de temperamento en el que se presentaron más casos de respuesta al tratamiento fue el hipertímico, con 6 casos, siguiéndole el temperamento distímico, con 5 casos, después el temperamento ansioso, con 4 casos y por último el temperamento ciclotímico con 2 casos. Sin embargo, la diferencia entre temperamentos no fue estadísticamente significativa ($P=.103$). El temperamento con mayor disminución de puntaje de la Escala de Hamilton para depresión, fue el temperamento distímico, seguido del temperamento hipertímico, ansioso y al final el ciclotímico. Dentro de estos resultados, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos hipertímico y ciclotímico, encontrando mayor respuesta al tratamiento, en el temperamento hipertímico ($P=0.26$). **CONCLUSIONES:** En la población de este estudio, el tipo de temperamento afectivo influye en la respuesta al tratamiento de trastorno depresivo con ISRS, siendo el temperamento ciclotímico el que peor factor pronóstico presentó y los temperamentos distímico e hipertímico, los que predicen un mejor factor pronóstico.

1. DATOS DEL ALUMNO
<p>Aguilar</p> <p>Carranza</p> <p>Lorena</p> <p>55 14072845</p> <p>Universidad Nacional Autónoma de México</p> <p>Facultad de Medicina UNAM. Psiquiatría y Salud Mental.</p> <p>Médico</p> <p>509222147</p>
2. DATOS DEL ASESOR/ES
<p>Vázquez</p> <p>Estupiñan</p> <p>Martín Felipe</p> <p>Aguilar</p> <p>Madrid</p> <p>Guadalupe</p> <p>Juárez</p> <p>Pérez</p> <p>Cuauhtémoc</p>
3. DATOS DE LA TESIS
<p>Respuesta al tratamiento con ISRS en trastorno depresivo de acuerdo</p> <p>al temperamento afectivo</p> <p>52 pág.</p> <p>2013</p>

INTRODUCCION

La depresión es una enfermedad crónica y degenerativa, con gran prevalencia y que condiciona discapacidad y grandes costos a las instituciones de salud a nivel mundial. (Soleimani 2011).

Grandes estudios epidemiológicos muestran que la depresión tiene una prevalencia de 16.6% a lo largo de la vida y de los afectados de depresión, el doble son mujeres. (Soleimani et al, 2011). El trastorno depresivo es la causa líder de incapacidad entre adultos menores de 45 años en Estados Unidos. (Stanley, 2010). En Latinoamérica, estimaciones señalan que las condiciones neuropsiquiátricas son la primera causa de carga de enfermedad en América (OMS, 2008), destacando en primer lugar la depresión, con 5% del total (Zitko et al 2010). De acuerdo a lo publicado por algunos países en particular, un estudio de prevalencia en la población general de Brasil, encontró prevalencia de depresión en un año y a lo largo de la vida de 1.9 y 5.9% para hombres y 3.8 y 14.5% para mujeres, respectivamente (Illanes et al, 2006). Vicente et al, en el 2002, realizaron en Chile un estudio de prevalencia de vida y en 3 meses de depresión en hombres y mujeres, encontrando en hombres una prevalencia de vida de 6.4% y en 3 meses de 3%; en mujeres se encontró una prevalencia de vida de 11.3% y de 6% en 3 meses. En México, el trastorno depresivo mayor es la 5ta. causa más frecuente de morbilidad psiquiátrica en la población general, con una prevalencia del 3.3% en 12 meses, después de las fobias específicas, trastornos de conducta, dependencia a alcohol y fobia social. Dentro del género femenino, sin embargo, es uno de los 3 principales trastornos psiquiátricos, después de las fobias (específicas y sociales). (Medina Mora et al, 2003).

La visión actual de la etiología de la depresión establece que hay una interacción gen – ambiente, con enfoque en los tres principales sistemas monoaminérgicos: serotonina (5 – hidroxitriptamina, 5 HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA). (Nemeroff 2010). También se han

encontrado anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis. (Shelton 2007). Además, la depresión parece tener influencia genética. (Caspi et al, 2003).

A pesar de que existen múltiples agentes farmacológicos aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés), ninguno es claramente superior en su eficacia a otro. Sin embargo, difieren en su perfil farmacológico y de efectos colaterales. El inicio de la respuesta antidepressiva varía en cada paciente, pero generalmente se encuentra entre la cuarta y sexta semana de tratamiento. Actualmente los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), son considerados los medicamentos de primera línea para el tratamiento del trastorno depresivo, debido a sus pocas interacciones medicamentosas, su seguridad en la sobredosis y sus pocos efectos colaterales. También son efectivos en trastornos de ansiedad y otras comorbilidades psiquiátricas frecuentemente asociadas con depresión. (Soleimani et al, 2011).

La falla en la remisión, la remisión parcial y la falta de respuesta al tratamiento son fenómenos que comúnmente se observan en el curso de un trastorno depresivo. Entendemos como remisión al período en el cual un individuo no tiene los síntomas característicos del trastorno, o con una puntuación de la escala de Hamilton para depresión menor de 7. La respuesta al tratamiento se define como la reducción entre el 40 y 50% de la gravedad de los síntomas durante las primeras 6 semanas de tratamiento. (Vengoechea 2005). Un 30 a 40% de pacientes que permanecen en farmacoterapia por 4 a 6 semanas, no responden al tratamiento. En un 60 a 70% la respuesta es parcial, sin remisión completa. Un 20% de los pacientes no se benefician después de varios intentos terapéuticos. (Vengoechea, 2005). Nierenberg refiere que la falta de respuesta está asociada con discapacidad y costos médicos más altos; y que la respuesta parcial y la respuesta sin remisión están asociadas con tasas más altas de recaída y

recurrencia. Estudios de cohortes han demostrado que del 12-40% de los pacientes no remiten. De los que si remiten, 60-80% recaen en los próximos 5-10 años. (Mulder 2006).

Por lo anterior varios autores han estudiado factores de pronóstico del trastorno depresivo. Katon (2010) encontró que la gravedad de la depresión es un factor predictor de la falta de remisión; otros factores fueron depresión doble, ansiedad, comorbilidad médica, altos niveles de neuroticismo y dolor crónico. Otros autores han encontrado también que el peor factor pronóstico es la gravedad de la depresión, además de pobre soporte social, síntomas somáticos y el no cumplir con por lo menos con 3 meses de tratamiento antidepresivo. (Rubenstein 2010). Steunenbergh en el 2010, encontró que la recurrencia en la depresión estaba asociada con síntomas residuales o una remisión incompleta, género femenino, dolor crónico y sentimientos de soledad.

También se han asociado con pobre remisión algunos componentes del temperamento en la depresión (Mulder et al, 2006). Son varios los investigadores que han encontrado que un alto nivel de neuroticismo es un factor de mal pronóstico para la depresión (Watson 2005, Spinhoven 2010, Konstram 2010, Katon 2010, Steunenbergh 2010). Otros rasgos del temperamento que se han asociado con pobre remisión son: personalidad esquizotípica, extraversión disminuida, baja responsabilidad y amabilidad, puntajes bajos en autodirección y altos puntajes en dependencia de la recompensa (Mulder 2006, Watson 2005, Spinhoven 2010).

El temperamento afectivo y sus relaciones con el espectro bipolar

El concepto de temperamento afectivo deriva de la psiquiatría europea. Es un constructo dimensional que solamente en sus extremos puede ser considerado anormal. Kraepelin

describió a la disposición ciclotímica como uno de los sustratos constitucionales en el cual se basaba la enfermedad “maniaco-depresiva”. Kretschmer fue un paso más allá y propuso que esta constitución representaba la característica principal de la enfermedad. Apoyando el punto de vista clínico de Kraepelin y Kretschmer, resultados recientes sugieren que los diferentes tipos de temperamento afectivo (depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso) son las manifestaciones subafectivas y frecuentemente precursoras del trastorno bipolar. También se ha referido una fuerte relación entre algunos temperamentos afectivos y la ideación suicida. Comparados con pacientes con trastorno bipolar no ciclotímicos, los sujetos con trastorno bipolar ciclotímicos reportaron mas intentos suicidas a los largo de la vida y tuvieron más hospitalizaciones por riesgo suicida. (Rihmer et al 2009). En un estudio en Nueva York en estudiantes, los rasgos ciclotímicos fueron más frecuentes en personas con trastorno bipolar que en sujetos control y muchos de esos estudiantes ciclotímicos desarrollaron estados depresivos e ideación suicida, así como abuso de sustancias. (Klein 1986)

MARCO TEORICO

La depresión es una enfermedad mental caracterizada por disforia o anhedonia, además de múltiples síntomas como cambios en el sueño y apetito, sentimientos de culpa o minusvalía, anergia, lentitud o agitación psicomotriz, disminución de la habilidad del pensamiento y, en casos más severos, suicidabilidad. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4ta. edición, texto revisado, 2003 (DSM IV-TR), define el trastorno depresivo mayor como la presencia de un episodio depresivo de por lo menos 2 semanas de duración y excluye casos en los cuales la etiología son el trastorno bipolar, consumo de sustancias o una condición médica. (Stanley 2010).

La etiología de la depresión es multifactorial, es decir, existen diversos factores que interactúan dando origen a esta patología. Entre estos factores encontramos el biológico, en donde la teoría monoaminérgica juega un papel importante, así como el eje hipotálamo-hipófisis, el factor ambiental y el genético. (Nemeroff 2009).

En cuanto se refiere a los sistemas 5HT del sistema nervioso central (SNC), existe evidencia de la reducción de la actividad de las neuronas serotoninérgicas en líquido cefalorraquídeo (LCR) y en estudios neuroendocrinos. Se encuentra también una reducción en el número de sitios de fijación de transporte de serotonina, el sitio de acción de los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), en el cerebro medio y en la amígdala de pacientes deprimidos. Además, se ha encontrado que los pacientes deprimidos en remisión después de un tratamiento con ISRS, exhiben retorno de los síntomas depresivos cuando se reduce la disponibilidad de 5 HT en el SNC. Las alteraciones en los circuitos noradrenérgicos juegan un importante rol en pacientes con depresión. Se han encontrado niveles bajos de NE en la orina y LCR de pacientes deprimidos. Al igual que con 5-HT, se ha encontrado que en pacientes deprimidos

con remisión, la carencia de NE precipita una recaída a los síntomas depresivos. Se ha postulado un rol potencial para la dopamina en depresión. Existe una reducción en los sitios de fijación del transportador DA y una mayor densidad post-sináptico DA, D-2, D-3 lo cual indica una reducción de la disponibilidad sináptica de DA en depresión. Los tratamientos que aumentan la neurotransmisión de DA, pueden representar un abordaje para quienes no responden. (Nemeroff, 2009).

También se han encontrado anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis. Los efectos adversos que ocurren en la vida, parecen contribuir significativamente a un riesgo subsecuente de trastornos depresivos y a la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis, produciendo hiperreactividad de esta vía. Esto explica los hallazgos de cortisol periférico y hormona corticotropa elevados en algunos pacientes deprimidos. (Shelton 2007).

La interacción entre la genética y el ambiente es sumamente compleja y la investigación en esta área se encuentra en desarrollo. Caspi et al, en 2003, demostraron una interacción causal entre un polimorfismo del transportador de serotonina, los eventos adversos en la vida y la presentación de depresión. La presencia de estresores, produce un riesgo incrementado en las personas que presentan un alelo corto de este gen y se observa un fenómeno dosis-efecto en ambos casos, es decir, a mayor cantidad de eventos estresantes, se aumenta el riesgo de depresión y pacientes homocigotos al alelo corto tuvieron más riesgo de padecer depresión y los homocigotos al alelo largo, presentaron menos riesgo.

Se ha desarrollado literatura que revela fuertes asociaciones entre varios tipos de temperamento y casi todos los tipos de psicopatología. Los altos niveles de neuroticismo, por ejemplo, se han asociado con desordenes internalizadores. Algunos investigadores han demostrado que la inhibición social temprana lleva a un trastorno de ansiedad en la adultez.

Además, las relaciones entre temperamento y psicopatología están mediadas y moderadas por el vínculo, estilos cognitivos, selección ambiental, entre otros. (Rettew 2008).

El temperamento se refiere a los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad con que acostumbran a producirse las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en el estado de humor, considerándose estos fenómenos como dependientes en gran parte de la estructura constitucional y predominantemente hereditaria. (Allport, 1961).

Son varios los autores que han encontrado relación entre el temperamento y la falla de respuesta al tratamiento del trastorno depresivo.

Spinhoven et al, realizaron un estudio en Holanda en el 2010, en el cual comparó la personalidad de 1086 pacientes tratados en atención primaria y 790 pacientes pero tratados en atención especializada, buscando si el tipo de personalidad estaba asociado con más riesgo de comorbilidad. Todos estos pacientes tenían diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o depresión según el DSM IV TR. Se les realizó el inventario NEO de 5 factores para valorar personalidad. Comparados con los pacientes de atención primaria, los pacientes de atención especializada mostraron puntajes más elevados de neuroticismo y puntajes más bajos de extraversión y responsabilidad. Sólo el neuroticismo mostró relación con la probabilidad de tener comorbilidad.

Kronstram publicó en el 2011, un trabajo realizado en Noruega, en el cual buscaba estudiar la correlación de los rasgos de personalidad medidos con el Inventario de temperamento y carácter (ITC) con el pronóstico del trastorno depresivo mayor en 35 pacientes tratados con

fluoxetina o con psicoterapia psicodinámica de corta duración, en un estadio aleatorio comparativo. Utilizaron la escala de Hamilton para medir la sintomatología depresiva basal y de seguimiento a los 4 meses. Los resultados fueron que en todos los pacientes, los altos puntajes en autodirección predijeron mayor puntuación en la escala de Hamilton a los 4 meses. En el grupo en tratamiento con fluoxetina, los sujetos con altos puntajes basales en dependencia a la recompensa, autodirección y cooperatividad tuvieron más probabilidad de estar más deprimidos a los 4 meses.

Mulder et al, realizaron un trabajo en el cual dieron tratamiento con fluoxetina o nortriptilina a pacientes con trastorno depresivo durante 6 meses y buscaron predictores del curso de la enfermedad. Se les diagnosticó en base a los criterios del DSM III R. Se les aplicó la escala de depresión de Montgomery-Asberg, la escala de Hamilton para valorar la sintomatología depresiva. Para la evaluación de la personalidad, se les aplicó el ITC y un autocuestionario basado en la entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad del DSM III R. Encontraron que uno de los factores predictores de mal pronóstico era un puntaje alto en evitación del daño según el ITC y la falta de respuesta temprana al tratamiento.

Hruby et al en 2010, hicieron una investigación en la cual buscaban si los diferentes rasgos de personalidad que se encuentran en el ITC versión revisada, tenían alguna significancia pronóstica en la respuesta al tratamiento con ISRS en 30 pacientes deprimidos. La intensidad de la depresión fue evaluada por medio de la escala de depresión de Montgomery-Asberg. Ellos encontraron que los sujetos con puntaje alto en las dimensiones de evitación del daño y de dependencia de la recompensa tenían peor pronóstico para la respuesta al tratamiento, mientras los sujetos con puntajes bajos en estas mismas dimensiones presentaron porcentajes más altos de remisión del cuadro con tratamiento.

Farmer en 2009, reportó en 5591 pacientes la relación con el temperamento y la evolución de la depresión. A estos sujetos se les evaluó personalidad con el ITC y la severidad de depresión con una versión modificada de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de forma basal y se les volvió a realizar una evaluación de la sintomatología depresiva a los 4 años. Se encontró que la evitación al daño fue el único predictor positivo de ánimo depresivo a lo largo del tiempo.

Minaya et al, en México, en el año de 2009, realizó un estudio transversal con 40 pacientes con primer episodio depresivo mayor y 40 controles. El diagnóstico de los pacientes se realizó a partir de los criterios del DSM-IV y fue confirmado mediante consenso clínico. La severidad de los síntomas de depresión fue evaluada mediante la Escala de Depresión de Montgomery & Asberg (MADRS). Las dimensiones de la personalidad en pacientes y controles fue evaluada mediante el ITC. Se observaron diferencias significativas entre grupos en la dimensión de temperamento: Evitación al Daño y en las dimensiones de carácter autotranscendencia, cooperatividad y autodirección.

Sin embargo, poco se ha estudiado acerca de la respuesta al tratamiento con ISRS en trastorno depresivo, de acuerdo al temperamento afectivo del espectro bipolar.

Los autores clásicos han hipotetizado que los temperamentos afectivos representan manifestaciones subclínicas de trastornos del estado de ánimo, en particular, los temperamentos ciclotímicos e hipertímicos de Akiskal han sido considerados dentro del espectro subumbral de trastorno bipolar.

El espectro bipolar

El concepto de trastorno bipolar se encuentra relacionado con las descripciones clásicas de trastorno maniaco-depresivo que derivan del trabajo de Kraepelin y Kretschmer, quienes

escribieron acerca de estados afectivos que van desde los más severos hasta los más leves y pasan sin una división clara a la predisposición personal del temperamento. Estos autores describieron individuales con temperamentos afectivos los cuales oscilaban entre manifestaciones de naturaleza subdepresiva o hipomaniaca, sin llegar a un nivel clínico patológico.

En el último tercio del siglo XX, la distinción del trastorno bipolar y trastorno depresivo, ha probado tener un gran valor para investigación clínica y terapéutica. Este manejo dicotómico, sin embargo, dejó indefinido muchas condiciones afectivas en la interfase de trastorno bipolar y unipolar. Originalmente Fieve y Dunner identificaron pacientes con trastorno bipolar tipo II en base de la presencia de episodios depresivos severos, alternando con episodios hipomaniacos, que no requerían hospitalización, lo cual podría considerarse como un criterio superficial para clasificar estos episodios subumbrales de manía, sin embargo esta conceptualización representa un avance importante hacia el reconocimiento del amplio universo de pacientes bipolares en quienes sus episodios de exaltación permanecían en un nivel submaniaco.

Otros términos utilizados para designar estas condiciones incluyen Dm, para trastornos bipolares con predominancia depresiva y Unipolar-L o depresión pseudounipolar, que sugiere la posibilidad de que algunos pacientes unipolares pudieran estar relacionados con el trastorno bipolar en base de la respuesta farmacológica a estabilizadores del estado de ánimo.

Una conceptualización más amplia del “espectro bipolar suave”, modifica las actuales definiciones de bipolar tipo II, incorporando depresiones con episodios hipomaniacos, ambas de corta duración, rasgos ciclotímicos e hipertímicos y aquellos con antecedentes heredofamiliares de bipolaridad. Más recientemente en un intento de definir el espectro bipolar, la bipolaridad fue caracterizada en diferentes tipos subclínicos:

Tipo ½: Esquizobipolar.

Tipo 1: Manía con o sin depresión.

Tipo 1 ½: Hipomanía con depresión.

Tipo 2: Depresión con hipomanía

Tipo 2 1/2: Depresión con ciclotimia.

Tipo 3: Depresión con hipomanía asociada a antidepresivos.

Tipo 3 ½: Cambios repentinos de depresión e hipomanía asociada a estimulantes.

Tipo 4: Depresión con temperamento hipertímico.

Con la excepción de los tipos ½ y 1, todos los otros subtipos propuestos en el esquema Akiskal-Pinto, pueden ser agrupados convenientemente entre los desordenes del espectro bipolar tipo II, en el cual la severidad de los episodios de exaltación no llegan al nivel de estados maniacos o mixtos, pero mantienen el nivel hipomaniaco subumbral.

Se ha propuesto que el espectro bipolar “suave” pudiera encontrarse en el 4-5% de la población general. Los pacientes con estas condiciones no buscan atención médica por hipomanía, sino por sus episodios depresivos en asociación con ansiedad comórbida y abuso de alcohol y otras sustancias.

Escala de evaluación de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)

El autocuestionario de evaluación del temperamento de Memphis, Pisa y San Diego, es una escala de temperamento de 110 items que clasifica el temperamento en 5 dimensiones (depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso).

El temperamento hipertímico

Este temperamento está caracterizado por rasgos de gran autoestima, energía y exuberancia. Obviamente, tales rasgos están relacionados con liderazgo. Otros autores los describen como

vivididos, activos, extrovertidos, agresivos verbalmente, buscadores de sensaciones nuevas, dispuestos a tomar riesgos, rompen con normas sociales y generosos.

El temperamento ansioso

Representa una personalidad con una disposición hacia la preocupación de forma exagerada. Se puede considerar como una "ansiedad altruista" ya que, generalmente, esta preocupación conlleva cuidado hacia sus allegados.

El temperamento ciclotímico

Se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo de la hipomanía a la depresión. Por ello es común observar, alternadamente, aislamiento social y búsqueda desinhibida de la convivencia, momentos en que se habla poco y otros en que es imposible guardar silencio, llanto inexplicable y bromas excesivas, inapetencia y alimentación compulsiva, malestar físico y sensación de plenitud, confusión mental y pensamiento creativo, baja autoestima y confianza excesiva, y pesimismo que se convierte en optimismo y despreocupación.

El temperamento irritable

Se caracteriza por estados de ánimo intensos, generalmente negativos. Tienen una reactividad del estado de ánimo acentuada.

El temperamento depresivo

La característica esencial es un patrón permanente de comportamientos e ideaciones cognoscitivas depresivas. Este patrón no aparece exclusivamente durante un episodio depresivo mayor y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Entre los comportamientos y funciones cognoscitivas de tinte depresivo se incluyen sentimientos

permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. Estos individuos se caracterizan por mostrarse especialmente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Estos individuos auguran el futuro tan negativamente como ven el propio presente. Dudan de que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y, aunque presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas.

Esta escala ha sido validada al español en dos versiones, la española y la argentina (Vazquez 2007) y actualmente se está realizando un proyecto en el que se busca validarla en la población mexicana.

En Hungría, se realizó un estudio para investigar la validez interna y confiabilidad de esta escala en comparación con el ITC (Inventario de temperamento y carácter) y el NEO-PI-R. Tuvieron una muestra de 1132 sujetos controles de 16 a 81 años. Los diferentes temperamentos tuvieron un Cronbach alpha de .75 a .81, excepto el distímico, que tuvo .65. Con esto se mostro que la escala es confiable y tiene validez interna. (Rozsa 2008).

En un estudio de Maina, se encontró que el temperamento ciclotímico fue el más común en una muestra de pacientes con trastorno depresivo, con un 12.3% de la muestra; los temperamentos depresivo, hipertímico e irritable se encontraron en un 7.5%, 2.8 y 2.8% de los sujetos, respectivamente. Además, encontraron que los pacientes con temperamento ciclotímico tenían un inicio más temprano de la depresión mayor y más antecedentes de trastorno bipolar en familiares de primer grado, por lo que propone en estos pacientes la estrategia de utilizar moduladores del estado de ánimo para su manejo. (Maina G. 2010).

Se ha estudiado el temperamento afectivo también en pacientes con trastorno bipolar, comparándolos con pacientes con trastorno depresivo y las evidencias no son concluyentes. Di Florio en 2010, encontró que los pacientes con trastorno bipolar tipo II puntuaron más alto que

los sujetos con trastorno bipolar tipo I y los de trastorno depresivo recurrente en muchas de las subescalas del TEMPS, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, la subescala de temperamento distímico diferenció a los controles de los afectados y el temperamento ansioso fue más común entre los pacientes de trastorno depresivo recurrente que en los controles (Di Florio 2010)

Gassab en 2008, concluyó que el temperamento hipertímico y ciclotímico caracterizan al trastorno bipolar y están relacionados con otros marcadores de bipolaridad. Por lo tanto, la evaluación del temperamento puede tornarse en una herramienta importante para predecir bipolaridad en asociación con esos marcadores. (Gassab 2008).

JUSTIFICACION

El trastorno depresivo es una enfermedad de carácter crónico, con factores de probabilidad de remisión poco conocidos. Su prevalencia es alta a nivel mundial, estando entre un 10 a 15% de la población. El inicio de la enfermedad es comúnmente en etapas tempranas y productivas de la vida, por lo que condiciona grandes costos en salud pública e incapacidad en los aspectos laboral, académico y social para el individuo. Es por esto que considero importante el estudio de marcadores clínicos de remisión o mal pronóstico de la enfermedad, para poder actuar en este aspecto, ya sea con mayor apoyo farmacológico o psicoterapéutico hacia estos pacientes.

En múltiples estudios transversales y prospectivos se ha demostrado la importancia del tipo de temperamento en el curso y pronóstico del trastorno depresivo.

Poco se ha estudiado en cuanto a la respuesta a antidepresivos en pacientes con enfermedad médica y menos aún en cuanto al temperamento afectivo propuesto por Hagop Akiskal; además, tomando en cuenta la clasificación de Akiskal, la definición de estos temperamentos, podría ayudarnos a predecir en los pacientes un padecimiento en el espectro bipolar y relacionarlo con buen o mal pronóstico del trastorno depresivo e implementar un tratamiento farmacológico más acorde al padecimiento.

En Centro Médico Nacional Siglo XXI, se cuenta con el servicio de consulta externa de psiquiatría, en el cual se encuentran en tratamiento múltiples pacientes con trastorno depresivo, siendo de esta forma factible la realización de este estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de consulta externa de psiquiatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI se encuentran en tratamiento múltiples pacientes con trastorno depresivo desde hace varios años; estos pacientes tienen además el factor de padecer una enfermedad médica, lo cual complica su pronóstico tanto médico como psiquiátrico, por lo que es aún más importante poder definir las características de estos pacientes para poder predecir hasta cierto punto el curso de esta enfermedad psiquiátrica.

El temperamento puede ser una de las características fenomenológicas que nos podrían ayudar a predecir el curso de la enfermedad y, consecuentemente, pensar en estrategias terapéuticas más eficaces para este tipo de pacientes.

Por lo tanto, la pregunta de investigación realizada para llevar a cabo este trabajo de tesis fue la siguiente:

¿Existe un tipo de temperamento afectivo que prediga mala o buena respuesta al tratamiento antidepressivo con ISRS en pacientes con trastorno depresivo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Identificar la relación entre la respuesta al tratamiento con ISRS en pacientes con trastorno depresivo y con los diferentes tipos de temperamento afectivo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

2. Determinar la frecuencia de cada uno de los tipos de temperamento afectivo en pacientes con trastorno depresivo.
3. Relacionar la respuesta al tratamiento con variables socio demográficas como: escolaridad, antecedentes heredofamiliares de enfermedad psiquiátrica, edad, consumo de sustancias y comorbilidad médica.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó un estudio transversal descriptivo con medidas repetidas, antes y después del inicio del tratamiento, en pacientes con trastorno depresivo tratados con ISRS en el servicio de psiquiatría de Centro Médico Nacional Siglo XXI. El tamaño de la muestra fue por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSION

Mayores de 18 años.

Con criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor según el DSM IV TR.

Que no hayan estado en tratamiento antidepresivo de ningún tipo en los últimos 3 meses.

Que hayan firmado consentimiento informado.

Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Menores de 18 años.

Pacientes con criterios de DSM IV para los siguientes comorbilidades psiquiátricas: trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos, trastorno por déficit de atención, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Que estén en tratamiento con medicamentos que interactúen de forma adversa con los ISRS.

VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Años cumplidos al momento del estudio	Discreta.
Sexo	Expresado como mujeres u hombres	Categórica: Mujeres =1, Hombres= 2
Ocupación actual	Estado laboral actual del paciente	Categórica: Empleado=1, desempleado=0
Escolaridad	Número de años de estudio hasta el momento actual	Discreta.
Comorbilidades en enfermo	Número de comorbilidades presentes en el enfermo	Categórica: Sin comorbilidad=0, con comorbilidad=1.
Antecedentes heredofamiliares neuropsiquiátricos	Presencia o ausencia de antecedentes	Categórica: Sin antecedentes=0, con antecedentes=1.
Apoyo de los familiares	Presencia o ausencia de apoyo de familiares	Categórica: Con apoyo=1, Sin apoyo=0.
Tabaquismo	Presencia o ausencia de tabaquismo	Categórica: Sin tabaquismo=0, con tabaquismo=1.
Alcoholismo	Presencia o ausencia de alcoholismo	Categórica: Sin tabaquismo=0, con tabaquismo=1.
Consumo de sustancias	Presencia o ausencia de consumo de sustancias	Categórica: Sin tabaquismo=0, con tabaquismo=1.
Escala de Hamilton para depresión	17 ítems con respuesta dicotómica y punto de corte ≥ 7	Al ser igual o mayor al punto de corte se considera depresión
Evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego	Evalúa el temperamento en 5 categorías: depresivo, ciclotímico, hipertímico, ansioso e irritable.	Categórica: Depresivo=1, ciclotímico=2, hipertímico=3, ansioso=4, irritable=5.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

Cuestionario sociodemográfico

Escala de Hamilton para depresión (HDRS)

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Consta de 17 ítems. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%.

La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7.

Autocuestionario de evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)

El Autocuestionario de evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A) es una escala que incluye 5 dimensiones temperamentales: depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso validada en al menos 7 idiomas.

La versión autoadministrada del TEMPS-A incluye 110 ítems que permiten evaluar rasgos afectivos, que están representados por 5 escalas asociadas con las dimensiones temperamentales ya mencionadas.

METODO DE RECOLECCION

Se ofreció participar en el estudio a los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, que acudieron a consulta de psiquiatría por primera vez en Centro Médico Nacional Siglo XXI en los meses de enero a mayo de 2012, que cumplieron los criterios de inclusión anteriormente señalados y que aceptaron participar en el estudio.

INTERVENCION

En una primera entrevista, se realizó el diagnóstico de trastorno depresivo por medio de entrevista clínica, utilizando los criterios de DSM IV TR como base. Se inició tratamiento antidepresivo a base de ISRS. Se les aplicó el autocuestionario de evaluación del temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego y la escala de depresión de Hamilton.

En una segunda entrevista, realizada 4 semanas después, se valoró la respuesta temprana al tratamiento, por medio de la escala de depresión de Hamilton.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se capturaron los cuestionarios en excel y se analizaron en el programa estadístico STATA 11.

Se realizó análisis univariado para ver la distribución de los datos y calcular las prevalencias globales

Se hará el análisis bivariado para calcular las prevalencias por respuesta a tratamiento y tipo de temperamento, así como las diferencias de proporciones de acuerdo a las variables socio demográficas con los estadísticos de T de student y chi cuadrada.

Se elaboraran las tablas de resultados y gráficos correspondientes.

ASPECTOS ETICOS

Los procedimientos que se realizaron en este estudio estuvieron de acuerdo con lo estipulado en la Ley general de salud en materia de la investigación en salud, en su título primero. Se consideró esta investigación con un riesgo mínimo según lo estipulado en el artículo 17 de dicha ley.

Se proporcionó a los pacientes la siguiente información: los objetivos y propósitos del estudio, procedimiento, los beneficios anticipados en los procedimientos aplicados; duración del estudio; la libertad que tenían de retirarse del estudio en cualquier momento que lo desearan.

Se protegerá la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participaron en la investigación. La información personal que se obtenga de los pacientes, se considerara como parte de su expediente clínico y se sujetara a sus normas; los hallazgos de la investigación se reportaran y entregaran a los sujetos envueltos en el estudio.

Se respetó la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de ética: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención medica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su carta de consentimiento infor

RESULTADOS

Se recolectó una muestra de 44 pacientes, de los cuales 9 sujetos no regresaron a la segunda evaluación, quedando un total de 35 pacientes. De estos 35 pacientes, 23 fueron mujeres y 12 hombres, con promedio de 41.08 años de edad (DS: 13.93). En los antecedentes personales patológicos orientados hacia consumo de sustancias, encontramos una prevalencia de tabaquismo del 22.86% (8) y de alcoholismo del 42.86% (15). No se encontraron pacientes con consumo de sustancias ilegales (ver tabla 1).

En cuanto a antecedentes heredofamiliares, 20 pacientes (57.14%) refirieron antecedentes de enfermedades psiquiátricas en familiares de primer grado y 15 pacientes (42.86%) los negaron (ver tabla 2). De estos 20 pacientes, 65% (13) contaban con antecedente heredofamiliar de depresión, 5% (1) con ansiedad, 10% (2) con trastorno bipolar, 5% (1) con esquizofrenia y 15% (3) con alcoholismo (ver tabla 3).

En cuanto a la distribución de los temperamentos afectivos en la población estudiada, el 22.86% (8) correspondió al temperamento distímico, 28.57% (10) al temperamento ciclotímico, 22.86% (8) al temperamento hipertímico y 25.71% (9) al temperamento ansioso. No se encontraron sujetos con predominancia de temperamento irritable. (ver tabla 4).

Se obtuvieron los siguientes resultados del tratamiento: Se presentó respuesta al tratamiento en el 48.57% (17) de los sujetos. Sin embargo, sólo 37.14% (13) del total de los sujetos presento criterios clinimétricos de remisión. (ver tabla 5).

En cuanto a la respuesta al tratamiento según el tipo de temperamento, se encontró que del 100% de los pacientes respondedores, 29.41% (5) tenían temperamento distímico, 11.76% (2) tenían temperamento ciclotímico, 35.29% (6) tenían temperamento hipertímico, y 23.53% (4) tenían temperamento ansioso. (ver tabla 6).

El tipo de temperamento en el que se presentaron más casos de respuesta al tratamiento fue el hipertímico, con 6 casos (75% del total de sujetos hipertímicos), siguiéndole el temperamento distímico, con 5 casos (62.5%), después el temperamento ansioso, con 4 casos (44.4%) y por último el temperamento ciclotímico con 2 casos (25%). Sin embargo, la diferencia entre temperamentos no fue estadísticamente significativa ($P=.103$) (ver tabla 7).

Se encontró que el temperamento con mayor disminución de puntaje de la Escala de Hamilton para depresión, entre la primera y segunda evaluación, fue el temperamento distímico, seguido del temperamento hipertímico, posteriormente el temperamento ansioso y al final el temperamento ciclotímico. Dentro de estos resultados, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la diferencia de puntaje de la primera y segunda evaluación de la escala de Hamilton de depresión, entre los grupos hipertímico y ciclotímico, encontrando mayor disminución de puntaje, es decir, mayor respuesta al tratamiento, en el temperamento hipertímico ($P=0.26$) (ver tabla 8).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de la primera y segunda evaluación, entre sujetos con tabaquismo y sujetos sin tabaquismo. Así como también mayor prevalencia de respuesta entre sujetos sin tabaquismo que en sujetos con tabaquismo. ($P=0.002$) (ver tabla 9).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la 1ra. Y 2da. evaluación, considerando como covariables el sexo, edad, estado civil, antecedentes heredofamiliares de enfermedad psiquiátrica y alcoholismo.

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas. IMSS 2012.

Edad en años (promedio)	DESV. STD.	Mínimo	Máximo
41.08	13.08	18	80
Genero	Número de pacientes (N)	Porcentaje (%)	
Mujer	23	65.71	
Hombre	12	34.29	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	
Tabaquismo	8	22.86	
Alcoholismo	15	42.86	

Tabla 2. Presencia de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos. IMSS 2012.

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos (AHFP)	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Con AHFP	20	57.14
Sin AHFP	15	42.86

Tabla 3. Enfermedades psiquiátricas encontradas en familiares de primer grado. IMSS 2012.

Enfermedad psiquiátrica	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Trastorno depresivo	13	65
Trastorno ansioso	1	5
Trastorno bipolar	2	10
Esquizofrenia	1	5
Alcoholismo	3	15

Tabla 4. Distribución de temperamentos afectivos. IMSS 2012.

Temperamento	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Distimico	8	22.86
Ciclotimico	10	28.57%
Hipertimico	8	22.86%
Ansioso	9	25.71%

Tabla 5. Resultados del tratamiento. IMSS 2012.

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Respuesta	17	48.57
Remisión	13	37.14
Sin respuesta	18	51.43

Tabla 6. Respuesta al tratamiento de acuerdo al tipo de temperamento. IMSS 2012.

TEMPERAMENTO	Sin respuesta (N)	Porcentaje (%)	Con respuesta (N)	Porcentaje (%)
Distímico	3	16.67	5	29.41
Ciclotímico	8	44.44	2	11.76
Hipertímico	2	11.11	6	35.29
Ansioso	5	27.78	4	23.53

Tabla 7. Casos respuesta y porcentaje total de acuerdo al tipo de temperamento. IMSS 2012.

Temperamento	Respuesta (N)	Porcentaje (%)
Distímico	5	62.5
Ciclotímico	2	20
Hipertímico	6	75
Ansioso	4	44.44

Tabla 8. Diferencia en puntaje de Escala de depresión de Hamilton entre primera y segunda evaluación, según el tipo de temperamento. IMSS 2012.

Temperamento	Promedio puntaje Escala de Hamilton (1ra. Evaluación)	Promedio puntaje Escala de Hamilton (2da. evaluación)	Diferencia entre 1ra. Y 2da. evaluacion
Distímico	19.375	8.125	11.25
Ciclotímico	17.6	12.6	5
Hipertímico	15.37	6.62	8.75
Ansioso	14.66	8.66	6

Tabla 9. Respuesta al tratamiento de acuerdo a la presencia de tabaquismo*. IMSS 2012.

Respuesta	Sin tabaquismo	Con tabaquismo
Sin respuesta	10	8
Con respuesta	17	0

*p=0.002

DISCUSION

La prevalencia de respuesta en trastorno depresivo en tratamiento con ISRS encontrada en este estudio fue de 48.57%, lo cual es mayor a lo encontrado en la literatura, ya que en estudios multicéntricos realizados en Estados Unidos, se ha encontrado una prevalencia de respuesta del 30 al 35% (Trivedi et al, 2006, Fava et al, 2006). Esta diferencia pudiera estar explicada por el hecho de que en nuestro estudio la gravedad de los episodios depresivos fue menor comparada con la de los sujetos estudiados en estos otros ensayos, además de ser laciones étnicamente diferentes. Otra observación importante es que en nuestra población, nos encontramos con pacientes con seguridad social, lo que no encontramos en la población estadounidense; este hecho podría explicar la existencia de una atención más integral en nuestra población. Además, en este estudio, los sujetos no presentan el factor económico estresante por el costo de los servicios de salud, que puede encontrarse en la población estadounidense

En nuestro estudio, el tipo de temperamento afectivo más común entre los sujetos participantes fue el temperamento ciclotímico, tal y como lo encontraron Maina et al (2010), quienes refirieron mayor prevalencia de temperamento ciclotímico en pacientes con trastorno depresivo mayor.

Encontramos que el temperamento ciclotímico fue el temperamento afectivo que peor pronóstico representó para la respuesta al tratamiento con ISRS, tanto en lo que respecta a menor número de casos de respuesta, como a menor disminución de puntuación en la segunda evaluación, en la escala de depresión utilizada en el estudio. En la literatura, encontramos resultados similares, como los que reportaron Maina et al (2010), quienes además mencionan al temperamento hipertímico como factor predictor de trastorno bipolar, lo cual por si mismo es

otro factor de mal pronóstico para la respuesta al tratamiento en episodio depresivo con el uso de ISRS.

Se encontró que el temperamento distímico e hipertímico son los que representan mejor factor pronóstico para la respuesta al tratamiento. En el caso del temperamento distímico, se encontró que fue el temperamento que presentó una mayor disminución en promedio en la segunda evaluación de la escala de Hamilton, con respecto a la primera evaluación; en el caso del temperamento hipertímico, fue el tipo de temperamento que presentó más casos de respuesta, de forma proporcional, comparado con los otros tipos de temperamento. Hallazgos similares fueron encontrados en por Rimher et al (2008), quienes además reportan al temperamento hipertímico como el tipo de temperamento de los cinco mencionados en la escala TEMPS-A, con menor predisposición para el suicidio.

Es importante señalar que a pesar de que se encontró en promedio una disminución del puntaje de la escala de Hamilton de depresión en todos los tipos de temperamento afectivo, esta disminución no represento una respuesta en el caso de los temperamentos ciclotímico y ansioso, definida como el 50% de disminución de puntaje entre la primera y segunda evaluación, contrario a lo que sucedió con los temperamentos distímico e hipertímico, en los cuales la disminución de puntaje si entro en rangos de respuesta al tratamiento.

No se encontró mayor prevalencia de antecedentes heredofamiliares de trastorno bipolar en ninguno de los tipos de temperamento, difiriendo estos resultados a lo que han reportado otros autores como Maina et al (2010), Gassab et al (2008) y Di Florio et al (2010). Esto podría estar relacionado con la poca prevalencia de antecedentes heredofamiliares de trastorno bipolar encontrados en la muestra, ya que sólo dos sujetos mencionaron antecedente de trastorno bipolar en un familiar de primer grado, uno de estos sujetos con predominancia de temperamento hipertímico y otro con predominancia de temperamento ansioso.

CONCLUSIONES

En la población de este estudio, el tipo de temperamento afectivo influye en la respuesta al tratamiento de trastorno depresivo con ISRS, siendo el temperamento ciclotímico el que peor factor pronóstico presentó y los temperamentos distímico e hipertímico, los que predicen un mejor factor pronóstico.

Sería útil la evaluación de los tipos de temperamento en pacientes con trastorno depresivo, para definir mejores estrategias de manejo terapéutico desde el principio del tratamiento, para así lograr mejores resultados de éste.

Este estudio nos sugiere que sería necesario, debido a su pobre respuesta al tratamiento, un manejo más cuidadoso para los sujetos con temperamento ciclotímico, que incluya diferentes abordajes terapéuticos a los comúnmente utilizados, con la adición o la utilización de diferentes agentes farmacológicos y un seguimiento de la evolución del cuadro clínico más intensivo.

Se necesitan estudios posteriores para definir que estrategias psicofarmacológicas serían más adecuadas para este tipo de pacientes y saber si un abordaje psicofarmacológico diferente cambiaría el pronóstico de estos sujetos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La mayor limitación encontrada en este estudio fue el tamaño de muestra, el cual fue muy pequeño y se dividió en varios grupos (diferentes tipos de temperamento), lo que ocasiono probablemente algunas diferencias entre los tipos de temperamento y la respuesta al tratamiento, no se hayan encontrado significativamente estadísticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Akiskal, H. Vazquez G. Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat.* 2006, Vol. XVII: 340-346
2. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301(5631):386–9.
3. Dunner, D.L., Gershon, E. S., Godwin F. K. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry.* 1976. 11, 31-42.
4. Di Florio A. Affective temperaments across the bipolar-unipolar spectrum: examination of the TEMPS-A in 927 patients and controls. - - *J Affect Disord* - 01-JUN-2010; 123(1-3): 42-51
5. Farmer RF Temperament and character predictors of depressed mood over a 4-year inter *Depress Anxiety* - 01-JAN-2009; 26(4): 371-8.
6. Gassab L. Affective temperaments in the bipolar and unipolar disorders: distinctive profiles and relationship with clinical features. *Encephale* - 01-OCT-2008; 34(5): 477-82
7. Hruby R Predictive significance of TCI-R for antidepressant treatment. - - *Med Sci Monit* - 01-AUG-2010; 16(8).
8. Illanes Eduardo, Evelina Chapman. Tratamiento para personas con depresión. Guía Clínica. Ministerio de Salud de Chile, Julio 2006.
9. Katon W. Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depress Anxiety* - 01-JAN-2010; 27(1): 19-26
10. Klein, D.N., Depue, R.A., Slater, J.F. 1986. Inventory identification of cyclothymia. IX. Validation in offspring of bipolar patients. *Arch Gen Psychiatry* 43, 441-445.
11. Kronstram K. Personality traits and recovery from major depressive disorder. - - *Nord J Psychiatry* - 01-FEB-2011; 65(1): 52-7. Maina G. Cyclothymic temperament and major depressive disorder: a study on Italian patients. - - *J Affect Disord* - 01-MAR-2010; 121(3): 199-203.
12. Lopez L., Detección de síntomas del espectro bipolar en enfermedad tiroidea. Agosto 2009.
13. Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26,(4) 1-16.
14. Minaya Omar, Fresán Ana, Lozaga Cristina. Dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con primer episodio de depresión mayor. *Salud Mental* 2009;32:309-315.
15. Mulder Roger T., Joyce Peter R., Frampton Christopher M.A., Luty Suzanne E., Sullivan Patrick F.. Six Months of Treatment for Depression: Outcome and Predictors of the Course of Illness. *Am J Psychiatry* 2006; 163:95–100.
16. Nemeroff Charles B.. Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. *Psimonart* 2(1) 25-48-2009.
17. Nierenberg Andrew A., Katz Judith, Fava Maurizio. A Critical Overview of the Pharmacologic Management of Treatment-Resistant Depression. *Psychiatr Clin N Am* 30 (2007) 13–29.
18. Perugi Giulio, Akiskal Hagop S. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin N Am* 25 (2002) 713–737
19. Rettew David C., Althoff Robert R., Dumenci Levent, Ayer Lynsay, Hudziak James J. Latent Profiles of Temperament and Their Relations to Psychopathology and Wellness. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2008;47(3):273Y281.

20. Rihmer Annamaria, Rozsa Sandor, Rihmer Zoltan, Gonda Xenia, Akiskal Kareen K., Akiskal Hagop S.. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *Journal of Affective Disorders* 116 (2009) 18–22.
21. Rózsa S. A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. - - *J Affect Disord* - 01-FEB-2008; 106(1-2): 45-53.
22. Rubenstein LV - *Psychiatr Serv* - 01-AUG-2007; 58(8): 1049-56. Predicting outcomes of primary care patients with major depression: development of a depression prognosis index.
23. Shelton Richard C. The Molecular Neurobiology of Depression. *Psychiatr Clin N Am* 30 (2007) 1–11.
24. Soleimani Laili, Lapidus Kyle, Losifescu Dan. Diagnosis and Treatment of Major Depressive Disorder. *Neurol Clin* 29 (2011) 177–193.
25. Spinhoven Philip, Rooij Mark de, Heiser Willem, Smit Jan H., Penninx Brenda W.J.H.. The role of personality in comorbidity among anxiety and depressive disorders in primary care and specialty care: a cross-sectional analysis. *General Hospital Psychiatry* 31 (2009) 470–477.
26. Stanley I. Shyn, Steven P. Hamilton. *Psychiatr Clin N Am* 33 (2010) 125–140.
27. Steunenbergh B Personality predicts recurrence of late-life depression. *J Affect Disord* - 01-JUN-2010; 123(1-3): 164-72.
28. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement- based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2006;163:28–40.
29. Vázquez Gustavo H., Nasetta Susana, Mercado Beatriz, Romero Ester, Tifner Sonia, Ramón María del L., Garelli Valentina, Bonifacio Ana, Akiskal Kareen K., Akiskal Hagop S.. Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *Journal of Affective Disorders* 100 (2007) 23–29.
30. Vengoechea J. R. Depresión refractaria: Actualización conceptual y clínica. APAL, 2005.
31. Vicente P., Rioseco B., Valdivia S., Kohn R., Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Rev Med Chile* 2002. 130: 527-536.
32. Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: a symptom-based perspective. *J Res Pers* 2005;39:46–66.
33. Zitko Melo, Pedro; Araya, Ricardo, Cabieses Valdés, Báltica. Acceso a diagnóstico y tratamiento para depresión según posición social en países seleccionados de Latinoamérica. *Rev Chil Salud Pública* 2010; Vol 14 (2-3): 311-336.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA
México D. F., a _____ de _____ de 2012

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina EN TRASTORNO DEPRESIVO DE ACUERDO AL TEMPERAMENTO AFECTIVO”, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número _____.

El objetivo del estudio es: Identificar la relación entre la respuesta al tratamiento con ISRS en pacientes con trastorno depresivo y con los diferentes tipos de temperamento afectivo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista clínica y la realización de una serie de escalas psicométricas que evaluarán salud mental y características sociodemográficas.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid

Testigos

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO	Área de codificación
Folio:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>
Numero de afiliación:	<input type="text"/>
Domicilio: Calle: _____ No. _____ Colonia: _____ C.P. _____ Entre que calles: _____ Delegación o municipio: _____ Estado: _____ Teléfono casa: _____ Teléfono celular: _____	
Edad (años cumplidos):	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento: (día, mes, año)	
Lugar de nacimiento:	
Lugar de residencia:	
Estado civil: Soltero <input type="text" value="1"/> Casado <input type="text" value="2"/> Unión libre <input type="text" value="3"/> Divorciado <input type="text" value="4"/> Separado <input type="text" value="5"/> Viudo <input type="text" value="6"/>	<input type="text"/>
Escolaridad: Primaria incompleta: <input type="text" value="1"/> Primaria completa: <input type="text" value="2"/> Secundaria incompleta: <input type="text" value="3"/> Secundaria completa: <input type="text" value="4"/> Preparatoria incompleta: <input type="text" value="5"/> Preparatoria completa: <input type="text" value="6"/> Licenciatura incompleta: <input type="text" value="7"/> Licenciatura completa: <input type="text" value="8"/> Posgrado: <input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>

Ocupación:		
Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos: Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
¿Cuáles? Depresión <input type="checkbox"/> 1 Ansiedad <input type="checkbox"/> 2 Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> 3 Esquizofrenia <input type="checkbox"/> 4 Otro: <input type="checkbox"/> 5 Especifique: _____		<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con apoyo de familiares o amigos? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
¿Padece alguna otra enfermedad además de depresión? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
¿Cuál?		
Usted fuma actualmente? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
	Años que lleva fumando	No.cigarros por día
Actualmente		
Anteriormente		
Consumo alcohol? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
A qué edad empezó a consumir bebidas alcohólicas?		
En qué cantidad? 1 a 3 bebidas por semana <input type="checkbox"/> 1 3 a 5 bebidas por semana <input type="checkbox"/> 2 Mas de 5 bebidas por semana <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/>
Ha consumido algún tipo de sustancia ilegal? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>
Cual?		
Con que frecuencia?		

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítems.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

- 0 = Ausente
- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligero retraso en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera

- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 = Ausente
- 1 = Débil
- 2 = Grave

15. Hipocondría:

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 kgr en una semana

17. Perspicacia:

- 0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 = No se da cuenta que está enfermo.

Escala de evaluación de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)

Marque la V (verdadero) en aquellas frases que sean aplicables a usted durante la mayor parte de su vida.

Marque F (falso) para el resto de frases que no sean aplicables a usted la mayor parte de su vida.

D1. Soy una persona triste, infeliz.	V	F	IC23. Tengo cambios repentinos de humor y energía.	V	F
D2. La gente me dice que soy incapaz de ver el lado bueno de las cosas.	V	F	C24. Mi ánimo y energía son altos o bajos, raramente entre esos dos extremos.	V	F
D4. Pienso que a menudo las cosas salen mal.	V	F	25. Mi habilidad para pensar varía mucho, pasando de ser aguda a torpe sin ningún motivo aparente.	V	F
D5. Abandono fácilmente.	V	F	C26. Puedo pasar de que alguien me guste mucho a perder totalmente el interés en esa persona.	V	F
D6. Desde siempre me he sentido un fracasado.	V	F	C27. A menudo exploto con la gente y luego me siento culpable.	V	F
7. Siempre me he sentido culpable por cosas que los demás consideran poco importantes.	V	F	C28. A menudo empiezo cosas perdiendo el interés antes de acabarlas.	V	F
8. No tengo tanta energía como otras personas.	V	F	C29. Mi estado de ánimo cambia a menudo sin ningún motivo.	V	F
9. Soy de la clase de personas a la que no le gustan demasiado los cambios.	V	F	C30. Paso constantemente de ser vital a estar Perezoso.	V	F
D10. Cuando estoy en grupo prefiero escuchar a los demás.	V	F	C31. A veces me voy a la cama triste pero me levanto por la mañana sintiéndome fantástico.	V	F
11. A menudo cedo ante los demás.	V	F	C32. A veces me voy a la cama sintiéndome genial y me levanto por la mañana sintiendo que no vale la pena vivir.	V	F
12. Me siento muy inseguro al conocer a gente Nueva.	V	F	C33. Me dicen que a menudo me pongo pesimista y que olvido los tiempos felices del pasado.	V	F
D13. Me siento fácilmente herido por las críticas o el rechazo.	V	F	C34. Paso de tener mucha confianza en mí mismo a sentirme inseguro.	V	F
D14. Soy el tipo de persona con la que siempre se puede contar.	V	F	35. Paso de ser abierto a retraído con los demás.	V	F
D15. Pongo las necesidades de los demás por encima de las mías.	V	F	36. Siento todas las emociones intensamente.	V	F
16. Soy una persona muy trabajadora.	V	F	C37. Mi necesidad de dormir cambia mucho, pasando de necesitar unas pocas horas de sueño a más de 9 horas.	V	F
D17. Preferiría trabajar para otra persona que ser el jefe.	V	F	38. La manera en que veo las cosas es a veces intensa, pero otras veces apagada (anodina).	V	F
D18. Es natural en mí ser pulcro y organizado.	V	F	39. Soy el tipo de persona que puede estar triste y contenta a la vez.	V	F
D19. Soy el tipo de persona que duda de todo.	V	F			
20. Mi deseo sexual ha sido siempre bajo.	V	F			
D21. Normalmente necesito dormir más de 9 horas.	V	F			
C22. A menudo me siento cansado sin motivo.	V	F			

40. Muy a menudo sueño cosas que otras personas consideran imposibles de conseguir.	V	F	63. Normalmente puedo pasar con menos de 6 horas de sueño.	V	F
C41. A menudo tengo un fuerte impulso por hacer cosas escandalosas.	V	F	64. Soy una persona malhumorada (irritable).	V	F
C42. Soy el tipo de persona que se enamora y se desenamora fácilmente.	V	F	I65. Soy una persona insatisfecha por naturaleza.	V	F
43. Mi estado de ánimo es generalmente optimista y alegre.	V	F	66. Me quejo mucho.	V	F
44. La vida es una fiesta que disfruto al máximo.	V	F	67. Soy muy crítico con los demás.	V	F
H45. Me gusta contar chistes, la gente dice que soy divertido.	V	F	I68. A menudo me siento impaciente.	V	F
46. Soy el tipo de persona que cree que finalmente todo saldrá bien.	V	F	I69. A menudo me siento tenso.	V	F
47. Tengo gran confianza en mí mismo.	V	F	70. Me siento impulsado por una inquietud desagradable que no comprendo.	V	F
H48. A menudo tengo ideas brillantes.	V	F	I71. A menudo me enfado tanto que lo destrozaría todo.	V	F
49. Estoy siempre de acá para allá.	V	F	I72. Cuando estoy de malhumor podría meterme en una pelea.	V	F
50. Puedo hacer muchas cosas sin cansarme.	V	F	I73. La gente me dice que exploto por nada.	V	F
H51. Tengo un don para el habla, convengo e inspiro a los demás.	V	F	I74. Cuando me enojo respondo bruscamente.	V	F
H52. Me gusta emprender nuevos proyectos, aunque sean arriesgados.	V	F	I75. Me gusta tomarle el pelo a la gente, incluso a la que apenas conozco.	V	F
53. Una vez decido hacer algo, nada puede detenerme.	V	F	I76. Mi humor ácido me ha metido en problemas.	V	F
H54. Me siento totalmente cómodo incluso estando con personas que apenas conozco.	V	F	I77. Puedo ponerme tan furioso que podría herir a alguien.	V	F
H55. Me encanta estar con mucha gente.	V	F	78. Soy tan celoso con mi pareja que no puedo soportarlo.	V	F
H56. La gente me dice que a menudo meto la nariz en los asuntos de los demás.	V	F	79. La gente dice que digo muchos tacos.	V	F
H57. La gente me considera una persona generosa, que gasta mucho dinero en los demás.	V	F	80. Me han dicho que me pongo violento con solo unas copas.	V	F
H58. Tengo habilidades y conocimientos en muchas áreas.	V	F	81. Soy una persona muy escéptica.	V	F
H59. Siento que tengo el derecho y el privilegio de hacer lo que quiera.	V	F	82. Podría ser un revolucionario.	V	F
60. Soy el tipo de persona a quien le gusta ser el jefe.	V	F	I83. Mi deseo sexual es a menudo tan intenso que llega a ser realmente desagradable.	V	F
H61. Cuando no estoy de acuerdo con alguien puedo meterme en una discusión acalorada.	V	F	I84. (Mujeres solo): Tengo ataques incontrolables de ira antes de la menstruación.	V	F
H62. Mi deseo sexual es siempre alto.	V	F	A85. Que yo recuerde siempre he sido una persona aprensiva.	V	F
			A86. Me preocupo siempre por una cosa u otra.	V	F
			A87. Me siguen preocupando cosas cotidianas que		

los demás consideran poco importantes. V F

A88. No puedo hacer nada para dejar de preocuparme. V F

A89. Mucha gente me ha dicho que no me preocupe tanto. V F

A90. Cuando estoy estresado, a menudo mi mente se queda en blanco. V F

91. Soy incapaz de relajarme. V F

A92. A menudo me siento muy inquieto por dentro. V F

A93. Cuando estoy estresado, a menudo me tiemblan las manos. V F

94. A menudo tengo molestias en el estomago. V F

A95. Cuando estoy nervioso, puedo tener diarrea. V F

96. Cuanto estoy nervioso, a menudo tengo nauseas. V F

A97. Cuando estoy nervioso, tengo que ir con frecuencia al baño. V F

A98. Cuando alguien tarda en volver a casa temo que haya tenido un accidente. V F

A99. A menudo temo que alguien de mi familia contraiga una enfermedad grave. V F

A100. Siempre estoy pensando que alguien pueda darme malas noticias sobre un miembro de mi familia. V F

A101. Mi sueño no es descansado. V F

A102. Frecuentemente tengo dificultad para dormirme. V F

A103. Soy, por naturaleza, una persona muy cautelosa. V F

104. A menudo me despierto por la noche asustado pensando si hay ladrones en la casa. V F

105. Cuando estoy estresado fácilmente sufro de dolores de cabeza. V F

106. Cuando estoy estresado siento una sensación desagradable en el pecho.

A107. Soy una persona insegura. V F

108. Incluso pequeños cambios en la rutina me estresan mucho. V F

A109. Cuando manejo, incluso aunque no he hecho nada incorrecto, tengo miedo de que la policía pueda pararme. V F

A110. Los ruidos inesperados me sobresaltan fácilmente. V

