



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA
FUENTE MUÑIZ**

**Desempeño del Cuestionario Autoaplicable TEMPS- A en un Grupo de Sujetos con
Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y Sujetos
Control.**

**PROYECTO FINAL DE TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

Dra. Marlette González Méndez

**Tutor Teórico:
Dra. Claudia Becerra Palars.**

**Tutor Metodológico
Dr. Gerhard Heinze Martin.**

México D.F. Mayo 2012



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

Quiero agradecer con el presente escrito a todos los que contribuyeron con este trabajo de tesis, en primer lugar quiero agradecer a la Dra. Claudia Becerra, tutor teórico, por su gran apoyo, supervisión constante y sugerencias. Agradezco también por su gran y valiosa ayuda al Dr. Francisco Romo y al Ing. Francisco Cortes, a la gran paciencia de ambos a lo largo de la realización de este trabajo. También quiero agradecer al Dr. Gerhard Heinze quién fungió en esta tesis como tutor metodológico.

Agradezco a mis padres Armando González y Guadalupe Méndez, quienes a lo largo de mi formación académica me han brindado su gran apoyo, enseñanzas y cariño. A mis hermanos Erika, Armando, Alejandra, Perla, y a mi sobrina Bárbara, por sus sonrisas y alegría. Gracias Arcelia Reyes, por todo tu apoyo. A todos ustedes, les dedico esta tesis.

INDICE

MARCO TEÓRICO.....	4
INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES.....	10
MÉTODO.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	14
HIPÓTESIS GENERAL.....	14
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
TIPO DE ESTUDIO.....	16
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	16
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	18
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	19
PROCEDIMIENTO.....	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
RESULTADOS.....	29
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

MARCO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN.

El concepto de personalidad ha sido ampliamente discutido en los últimos años. A diferencia de las definiciones clásicas que definen la personalidad como una serie de procesos internos (tanto estables como temporales) para afrontar el medio ambiente [2], actualmente los modelos dimensionales de la personalidad han cobrado interés dada la diversidad de estructuras y rasgos altamente generalizables entre los individuos. Autores como Eysenck [3] (1970), Tellegen [4] (1985), Cloninger [5] (1987), Watson y Clark [6] (1993), etc., han desarrollado modelos dimensionales de personalidad basados en diferentes factores que también destacan rasgos tanto relativamente estables como transitorios.

Temperamento (Historia).

El concepto de que todo individuo manifiesta un estilo peculiar de funcionamiento conductual, básicamente de naturaleza emocional y ligado a su personalidad, fue enunciado desde la edad antigua, en la medicina griega, y sigue aún vigente en nuestros días. El concepto de temperamento data de la antigüedad y su etimología deriva del latín *temperamentum*: mezcla.

Hipócrates en el siglo V a.C. basado en la teoría de los cuatro elementos de Empédocles, describió los cuatro temperamentos básicos: el tipo sanguíneo o alegre, que representaba un exceso de sangre; el melancólico, que tenía un exceso de bilis negra; el colérico y violento caracterizado por un aumento de bilis amarilla, y el flemático, pasivo o calmado, al que se le atribuyó un exceso de flema (De la Fuente, 1983).

Los griegos y los romanos en el siglo V a.C. creían que el balance entre los cuatro humores: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema, creaban una oposición a dos cualidades complementarias universales: calor vs. Frialdad, y sequedad vs. Humedad (Siegel, 1968). Estas cualidades se relacionaban con los cuatro elementos fundamentales presentes en el mundo: fuego, aire, tierra y agua. Los griegos asumían, sin dar una detallada apreciación de la genética o de la fisiología, que el equilibrio entre dichas cualidades producía un estado armónico interno que incluía el raciocinio, la emotividad y la conducta. Los niños eran impulsivos e irracionales debido a que nacían con un exceso de humedad. Galeno propuso que la predominancia de uno de los humores daba por resultado un tipo emocional o

temperamental que formaba el núcleo de los cuatro tipos de personalidad. Así mismo retomo estas ideas, a las que añadió el humoralismo de Hipócrates, y definió nueve tipos de temperamento que se derivaban de los humores antes descritos. La personalidad ideal poseía el adecuado equilibrio entre las características complementarias de calor- frialdad, y sequedad- humedad. Galeno también señaló la influencia que tenían los factores externos, especialmente el clima y la dieta: el cuerpo se hacía más cálido y húmedo en primavera, por lo tanto las personas se volvían más sanguíneas. Cuando el cuerpo se volvía más frío y seco en el otoño, predominaba en el individuo un afecto melancólico. Consideraba que las diferencias de clima y dieta influían en las características temperamentales individuales (Kagan, 1998).

Otro de los modelos que en su momento alcanzó gran popularidad fue el constitucionalista. Kretschmer, el constitucionalista de mayor influencia en su época redujo la personalidad al biotipo y al temperamento, eliminando toda influencia que el ambiente pudiera ejercer sobre ésta. Propuso que las personas podían agruparse en cuatro tipos básicos: pícnico, atlético, asténico y displásico. A cada biotipo se asociaba una personalidad específica y añadió que algunos biotipos se asociaban especialmente a ciertas enfermedades psiquiátricas: así la personalidad pícnica estaba predispuesta a la psicosis maniaco- depresiva y la asténica a la esquizofrenia. Sheldon realizó una aproximación similar, según este autor existían tres tipos morfológicos: endomórficos, ectomórficos y mesomórficos que se asociaban con el predominio corporal de los tejidos procedentes de las hojas embrionarias respectivas. Cada biotipo se relacionaba con un temperamento característico que denominó: viscerotonía, cerebrotonía y somatotonía respectivamente.

Dos aspectos del enfoque clásico permanecen vigentes en las teorías actuales sobre el temperamento:

1. El hecho de que hay aspectos biológicos y hereditarios que subyacen en las características del temperamento.
2. Que las emociones son el núcleo y que definen las características del temperamento.

El concepto de carácter se deriva del griego *character* término que designa un instrumento grabador y denota la naturaleza psicológica de la persona o de su marca. Aunque el concepto es heterogéneo, frecuentemente se emplea para designar rasgos de personalidad que son moldeados por los procesos del desarrollo y las experiencias de la vida (De la Fuente, 1983). Por otro lado el temperamento se refiere a las disposiciones psicológicas innatas que configuran el núcleo de la personalidad (Clarck, Watson, 1999).

Temperamento, carácter y personalidad, son términos en los que se suele entremezclar su significado en la literatura y a muchos podrían parecerles hasta sinónimos. Ciertamente, son términos muy próximos, pero de ninguna manera idénticos. Para comenzar a delimitarlos, podemos citar a Allport, quien define así temperamento: *“El temperamento se refiere a los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, que 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; pag. 55).

En 1953, Hans Eysenck postuló la existencia de varios tipos temperamentales a partir de la conjunción de dos dimensiones: extraversión- introversión y de la estabilidad y labilidad de las emociones. Las combinaciones de estos rasgos resultan en tipos de personalidad normal o patológica. Jan Strelau y sus colaboradores (1983), consideraron la “reactividad” como rasgo primario del temperamento y la clasificaron según las diferencias individuales, tanto de grado como de intensidad (magnitud o amplitud) de la expresión.

Tanto Eysenck como Strelau, derivaron sus modelos de la teoría de Pavlov, a quién se adscribe el modelo cognitivo- intelectual, en relación a las propiedades del sistema nervioso central (SNC) como puente entre cerebro y personalidad. La noción general de ambas teorías (las de Eysenck y Strelau) consiste en que las diferencias individuales en las propiedades del SNC (fuerza de la excitación, despertar, cualidad e intensidad del afecto) influyen en la personalidad. Los rasgos temperamentales descritos por estos autores se conceptualizan como características afectivas que se determinan genéticamente y que permanecen estables desde los primeros años de vida.

Teorías del Temperamento por Rasgos.

Muchas teorías acerca del temperamento son un enfoque de los rasgos y asumen que las cualidades temperamentales pueden calificarse a lo largo de dimensiones continuas en los individuos. David Buss y Robert Plomin (1987) reafirmaron que el temperamento es heredable; es un conjunto de rasgos de personalidad estables, es decir, genéticamente influidos, que aparecen en la infancia durante el primer año de vida y que permanecen relativamente estables a través del tiempo. Consideran que los rasgos como la emotividad, la actividad y la socialización son dimensiones fundamentales del temperamento. Han sugerido que los niños calificados en los extremos de estas dimensiones, pueden ser cualitativamente diferentes de

aquéllos que están en la media. Mary Rothbart (1988, 1989) enfatizó que la autorregulación y la reactividad son características principales y que constituyen elementos centrales para organizar el temperamento. Describió las respuestas biológicas de reactividad y los diversos procesos de modulación del *Self*. Define la reactividad como las respuestas conductuales de excitabilidad y del despertar (*arousability*) que son endocrinas y propias del sistema nervioso central y autónomo. Los signos de reactividad incluyen respuestas de conducta motriz y respuestas fisiológicas. La autorregulación se refiere a los procesos que modulan (facilitan o inhiben) la reactividad e incluyen la atención, el acercamiento o retirada, el ataque o inhibición, y la capacidad para auto calmarse. Estos procesos pueden observarse en las conductas del niño, tales como el sonreír, el disgusto ante las restricciones, el miedo, el nivel de actividad, la tranquilidad y la duración en la orientación.

Temperamento y Medio Ambiente.

Algunos autores han señalado la importancia de estudiar los factores ambientales y el temperamento. Chess y Thomas utilizaron el concepto de buena adaptación y el de mala adaptación entre la persona y el medio ambiente. En cierto sentido este es un concepto evolutivo nacido en la teoría darwiniana que postula que aquellos individuos con características más adaptativas al medio ambiente tienen una mayor posibilidad de sobrevivir. Sin embargo hay muchos modos en que el individuo puede lograr una interacción adaptativa, es decir no hay una forma fija o correcta para esta interacción, por lo que se ha considerado necesario desarrollar en un futuro instrumentos capaces de medir esta interacción [37].

Genética y Temperamento.

Desde la perspectiva etiológica ligada a la herencia se han centrado en analizar los diversos genes que pueden predisponer a ciertas conductas, procesos cognitivos, rasgos de personalidad e inclusive trastornos de personalidad. En ausencia de un gen específico identificable que controle la inhibición conductual, el grado de concordancia en los patrones de conducta de los gemelos monocigotos comparados con los dicigotos es interesante. (Robinson y cols., 1992).

La noción de que el temperamento es heredable está presente desde las primeras definiciones. El primer informe sobre la presencia de una asociación entre el rasgo del temperamento: “búsqueda de lo novedoso”, y un gen para el receptor de dopamina (DrD4), se publicó en *Nature Genetics* (Clonninger, Adolfsson, Svrakic, 1996). La teoría señala que los individuos con el gen alelo (DrD4) presentan deficiencia de dopamina y buscan experiencias

novedosas para incrementar la liberación de esta sustancia (Cloninger, Svrakic, Przybeck, 1993).

Una de las moléculas más importantes en el estudio de la conducta normal y patológica es la serotonina (5-HT). En el cerebro de los humanos, de primates no humanos y otros mamíferos, la neurotransmisión de 5-HT interviene en la regulación de la conducta emocional, la cognición, el procesamiento sensorial, la actividad motriz y en ritmos circadianos como la alimentación, el sueño y la reproducción. Tal diversidad de funciones fisiológicas se debe a que la 5-HT dirige la actividad e interacción de otros sistemas de neurotransmisión [7].

El sitio de recaptación del transportador de serotonina (5-HTT) ejerce un importante papel en la regulación de la transmisión serotoninérgica en regiones relacionadas con la conducta motriz, la experiencia emocional y la memoria [8]. Dado que el 5-HT es el principal regulador de la actividad serotoninérgica, se ha sugerido que su variabilidad genética puede predisponer el comportamiento (p. ej., rasgos de personalidad) [7].

El gen 5-HTT en los humanos se encuentra codificado en el cromosoma 17q11.2. Este compuesto por 14 o 15 exones separados por aproximadamente 35kb. En los humanos la actividad de transcripción del gen del 5-HTT está regulada por un elemento polimórfico repetitivo o región polimórfica ligada al gen del 5-HTT (5-HTTLPR) localizada sobre el sitio donde comienza la transcripción. En la población caucásica se conoce que el 57% tiene una frecuencia alélica para el alelo largo (L) y el 43% para el alelo corto (S). En México la frecuencia alélica para el 5-HTT es muy similar a la encontrada en la población caucásica [10]. Desde la perspectiva conductual se ha asociado a los individuos portadores del alelo S con una mayor susceptibilidad para presentar trastornos afectivos [11], de personalidad con rasgos ansiosos [8], aumento de respuesta condicionada al miedo [12] y comportamiento impulsivo [13].

Cloninger (1987) formuló un modelo psicobiológico de tres dimensiones del temperamento, el cual ofrece un abordaje multidimensional fundamentado en estudios neurobiológicos de la organización de las redes cerebrales y conocimientos biogenéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del sujeto hacia el daño, la evitación y la recompensa, para de esta forma formular un sistema que describe el temperamento del individuo según la interacción de estas dimensiones: 1) Búsqueda de lo novedoso, *Novelty Seeking* (NS) o la tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación e interés por los estímulos novedosos, los sujetos hacia esta inclinación se muestran impulsivos, excitables, curiosos y entusiastas. Biológicamente esta dimensión se asocia con la vía dopaminérgica que actúa en el sistema de activación conductual, que a su vez se asocia a un patrón de respuesta fisiológica del

despertar, aumentando la frecuencia cardiaca y disminuyendo el umbral de sensación. 2) Evitación del daño, *Harm Avoidance* (HA) es la tendencia hereditaria a responder intensamente a señales de estímulos adversos estimulando el sistema de inhibición conductual, probablemente a través de la serotonina (Gray, 1983), los sujetos altos en esta dimensión desarrollan repuestas condicionadas de evitación ante estímulos aversivos, lo que hace que sean personas cautelosas, aprensivas y temerosas. 3) Dependencia a la recompensa, *Reward Dependence* (RD) es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y a mantener la conducta previamente asociada con la recompensa, esta respuesta esta mediada por la noradrenalina en el sistema de mantenimiento o persistencia conductual (*Behavioural maintenance*). Esta dimensión tiene que ver con el refuerzo social y la sensibilidad a los estímulos sociales y al malestar por la separación del grupo. Cloninger (1986, 1987^a, 1987^b) propone que es la interacción entre estos sistemas neurobiológicos lo que da como resultado los diferentes patrones de conducta que dan explicación tanto a las diferencias en personalidad normal como al desarrollo de los trastornos de conducta. Esta primera enunciación del modelo de Cloninger sugiere que, a pesar de que los tres subsistemas que fundamentan cada una de las dimensiones de su modelo son independientes entre sí, el comportamiento depende de la interacción e interrelación entre ellos. Nos dice que son estas interacciones entre los sistemas, lo cual implica las interacciones entre las dimensiones, lo que determina la aparición de respuestas específicas a las situaciones concretas, siendo todo ello la explicación de la existencia de las diferencias individuales en personalidad de la población normal así como de alteraciones de la personalidad.

La primera evolución del modelo fue una revisión hecha por el mismo Cloninger en la que añadía una dimensión más de temperamento, 4) Persistencia, la cual implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción. Es decir, la capacidad del organismo de seguir emitiendo conductas asociadas al refuerzo a pesar de la desaparición de este. (Stallings, Hewitt, Cloninger, Heath, Eaves, 1996).

Sin embargo, la modificación mas sustancial y significativa del modelo fue la de la incorporación de otras tres dimensiones más a las cuatro que tenía en ese momento, formulando tres aspectos del carácter. 1) Auto dirección (*Self Directedness*), que es la habilidad de regular la conducta y comprometerse con la metas elegidas, 2) Cooperatividad, que es la capacidad de identificarse y aceptar a los demás, y 3) Auto trascendencia (*Self Transcendence*), que representa la capacidad de identificarse como parte integral del universo.

El Modelo de los siete factores permite una descripción comprehensiva de las diferencias individuales en cuanto a sentimientos, pensamientos y acciones, hecho que es de gran utilidad para estudiar a las personas que sufren de esquizofrenia. Este modelo de acuerdo con Guillem et al. (2002) [18], permite entender y estudiar la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad, ya que distingue entre rasgos temperamentales básicos (relacionados con procesos biológicos) y aspectos caracterológicos determinados evolutivamente (relacionados con procesos medioambientales). También es relevante para el estudio de la esquizofrenia porque la dopamina, la serotonina y la noradrenalina, relacionadas con las dimensiones del temperamento, están implicadas en la expresión de síntomas y son el principal objetivo de la medicación antipsicótica. Esto ayuda a identificar factores etiológicos que influyen en los síntomas y en los déficit sociales, para desarrollar así enfoques terapéuticos más adaptados a las diferencias individuales.

Lesch y cols. [8] fueron los primeros investigadores que se dedicaron a estudiar la relación entre el polimorfismo en el promotor del sitio de recaptación de serotonina (5-HTTLPR) y la personalidad. Los autores realizaron un estudio en el que encontraron que los individuos con el alelo S obtuvieron puntuaciones más altas en las subescalas de neuroticismo, ansiedad y evitación al daño que aquellos individuos homocigotos para el alelo L.

Psicopatología y Temperamento.

Probablemente la mayor utilidad de estudio del temperamento sea el establecer que contribución aportan los diferentes perfiles descritos, al área de la psicopatología. Sin embargo se ha cuestionado el temperamento como factor de riesgo, sugiriendo que estos perfiles representan características del trastorno (Graham y Stevenson, 1987).

ANTECEDENTES.

El TEMPS-A tiene sus raíces en los criterios operacionales para identificar los “estados fundamentales” descritos por Kraepelin (1909- 1915) como temperamentos depresivos, ciclotímicos, hipertímicos e irritables [14]. Más adelante se desarrollaron medidas para determinar estos temperamentos, una entrevista semiestructurada, la TEMPS-I [15] [16]. y un cuestionario autoaplicado, el TEMPS-A [16] [17]. El TEMPS- A permite la evaluación de los cuatro temperamentos afectivos fundamentales y el temperamento ansioso [1] a través de la versión del cuestionario auto aplicable de Memphis, Pisa, Paris y San Diego.

El TEMPS- A consiste en un cuestionario auto aplicable de 110 reactivos para mujeres y 109 para hombres (el reactivo número 84 hace referencia al ciclo menstrual), estos reactivos son de fácil lectura y comprensión tanto para los pacientes como para la población en general. En este cuestionario se debe de responder a cada reactivo con la opción de verdadero o falso. La versión original consistía en 84 reactivos divididos en sub escalas correspondientes al temperamento depresivo (reactivos 1 a 22), ciclotímico (reactivos 23 a 42), hipertímico (reactivos 43 a 63) e irritable (reactivos 64 a 84), posteriormente se agregaron 26 nuevos reactivos que describen el temperamento ansioso (reactivos 85 a 110), sumando un total de 110 reactivos [36]. Las sub escalas posibilitan registrar los ritmos anímicos, cognitivos, psicomotores y circadianos que pueden predisponer a los trastornos afectivos mayores. El TEMPS- A fue desarrollado por Akiskal y colaboradores (Akiskal y Akiskal, 2005; Akiskal y cols. 2005 b) y ha sido validada en 12 idiomas. Fue validada en español en Argentina por Vásquez y cols. (2007), utilizando una muestra de 932 sujetos. El Alpha de Cronbach para la sub- escala de temperamento depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso fue de 0.68, 0.81, 0.80, 0.80 respectivamente [36]. Recientemente varios grupos de investigadores han explorado el uso de los temperamentos como endofenotipos putativos y novedosos fenotipos para estudios genéticos de los trastornos del estado de ánimo. Las puntuaciones del TEMPS se han utilizado como caracteres cuantitativos, asumiendo a los temperamentos como fenotipos intermediarios dentro del análisis de ligamiento (Evans y cols. 2008). Estudios de genes candidatos han utilizado el TEMPS- A para investigar la asociación entre temperamento y el gen transportador de serotonina vinculado a la región polimórfica y el polimorfismo del receptor de dopamina D4.

La definición de los fenotipos es un tema que se encuentra permanentemente en la literatura de investigación del fundamento neurobiológico de los trastornos afectivos. Muchos investigadores en trastornos bipolares, están preocupados porque los fenotipos están mal descritos. De ahí la importancia de Akiskal, quien parece un dimensionalista quien en realidad es un gran categorialista y aumenta el poder resolutivo en el mundo de los trastornos bipolares describiendo formas clínicas diferentes que además tienen una relación particular con los temperamentos premórbidos, lo cual no es dimensionalizar sino categorizar. Este tipo de trabajo es el que permite que se avance en la investigación de la base neurobiológica de los trastornos afectivos.

En relación al trabajo que se ha desarrollado en poblaciones clínicas, en específico con trastornos afectivos, Di Flioro A. y cols. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de probar la hipótesis de la existencia de un gradiente en los puntajes de los temperamentos afectivos

en pacientes con TBP I, TDM y un grupo control, en base a una muestra de 927 sujetos. Encontrando que aunque el grupo de TBP II puntuó más alto que los grupos de TBP I Y TDM en varias escalas del TEMPS- A, estas diferencias no se encontraron estadísticamente significativas cuando las variables confusoras fueron controladas. En la sub escala de temperamento depresivo se encontraron diferencias entre el grupo control y los del afecto. Y en la sub escala de ansiedad se encontraron diferencias entre el grupo de TDM y el control. Los autores concluyen que fallaron en la búsqueda de alguna evidencia del gradiente en las puntuaciones de los temperamentos afectivos y proponen para investigaciones posteriores tratar de utilizar los temperamentos afectivos como fenotipos intermediarios en la búsqueda genética.

Siguiendo con las investigaciones acerca de los temperamentos afectivos del TBP, Kesebir S. y cols. (2005) se interesaron por buscar el tipo de temperamento afectivo característico en pacientes con TBP y sujetos control, 100 pacientes con diagnóstico de TBP I y sus 209 familiares de primer grado no afectados por la enfermedad, participaron en el estudio. Con el objetivo de identificar el tipo de temperamento afectivo, se utilizó el TEMPS- A en la versión de Turquía. Estos autores encontraron que en los grupos de probando y sus familiares, se presentó una frecuencia estadísticamente significativa del temperamento hipertímico en comparación con el grupo control. Por lo que los autores postulan la probabilidad de que exista un componente genético del temperamento hipertímico.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja con múltiples manifestaciones que afecta al individuo en su totalidad, muy frecuente y aún hoy, muy desconocida. Para explicar y entender esta enfermedad se han estudiado múltiples variables psicológicas, biológicas, sociales, etc., y entre estas variables esta la personalidad. Partiendo de la base de que la personalidad es uno de los aspectos que más influye en las personas “sanas”, ¿Por qué no va a influir en las personas que padecen esquizofrenia? Antes de que la esquizofrenia aparezca, incluso desde la infancia, el futuro esquizofrénico suele presentar una personalidad pre mórbida con rasgos esquizoides o paranoides. Así los rasgos de personalidad pueden predecir el inicio tardío (Carter, Parnas, Cannon, Schlusinger y Mednick, 1999; Malmberg, Lewis, David y Alleck, 1998) y el curso a corto plazo (Dingemans, Lenior y Linszen, 1998). También pueden distinguir entre pacientes recuperados y no recuperados (Torgalsboen, 1999), explicar la variabilidad en el insight (Lysaker, Bell, Bryson y Kaplan, 1999) y en el rendimiento laboral (Lysaker, Bell, Kaplan y Bryson, 1999), e influir en su percepción de la calidad de vida (Kentros, Terkelsen, Hull, Smith y Goodman, 1997); es decir la personalidad está relacionada con el funcionamiento diario y bienestar del paciente con esquizofrenia (Eklund, Hansson y Benstsson- Tops, 2004).

Uno de los problemas que se encuentra en el estudio de personalidad y esquizofrenia es que hay pocos modelos que integren los avances neurobiológicos, tan importantes en la esquizofrenia, con la personalidad. Uno de los modelos que puede ser útil para paliar este problema es el Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger et al., 1993), ya que integra los aspectos biológicos, más estables y genéticamente determinados (temperamento y los aspectos psicosociales, menos estables y más influenciados por la experiencia y el medio ambiente (carácter) de la personalidad.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué tipo de temperamento afectivo existe entre los pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Bipolar I y un Grupo de Sujetos Control. Utilizando el cuestionario autoaplicable TEMPS- A?

JUSTIFICACIÓN.

El rápido reconocimiento de las manifestaciones sintomáticas sub afectivas pre- mórbidas (ej., temperamento depresivo, ciclotímico e hipertímico) no solo debería de ser tomado como un preciado diagnóstico sino que constituye un problema sanitario mayor. Los temperamentos clásicos nunca antes habían sido sometidos hasta ahora a pruebas estrictas y fidedignas.

A pesar de contar con nuevos y mejores tratamientos, el sub diagnóstico y la demora en el diagnóstico definitivo son tan habituales en nuestro medio como en los países más avanzados. La evaluación de las características temperamentales a través de herramientas confiables y de sencilla aplicación, como la escala de temperamento en su versión auto aplicada (TEMPS-A) podría constituir un avance para la detección temprana de rasgos pre-mórbidos de determinados padecimientos psiquiátricos, en particular los trastornos afectivos.

HIPÓTESIS GENERAL.

1. Existirán diferencias en los temperamentos afectivos en una población de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), un grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I episodio más reciente Depresivo (TBP I), un grupo de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (EP) y un grupo de sujetos sin patología psiquiátrica, a quienes se les aplicará el cuestionario auto aplicable TEMPS-A.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

1. Los pacientes con diagnóstico de TDM presentaran una puntuación mayor en la sub escala de temperamento depresivo y ansioso al ser evaluados con el cuestionario auto aplicable TEMPS-A, en comparación con el resto de los sujetos de estudio.
2. Los pacientes con diagnóstico de TBP I presentaran una puntuación mayor en la sub escala de temperamento ciclotimico y de temperamento hipertimico al ser evaluados con el cuestionario auto aplicable TEMPS-A, en comparación con el resto de los sujetos de estudio.
3. Los pacientes con diagnóstico de EP presentaran una puntuación mayor en la sub escala de temperamento irritable al ser evaluados con el cuestionario auto aplicable TEMPS-A, en comparación con el resto de los sujetos de estudio.

OBJETIVO GENERAL.

Comparar las puntuaciones de los temperamentos afectivos en una población de pacientes con diagnóstico de TDM, un grupo de pacientes con TBP I (último episodio de tipo depresivo), un grupo de pacientes con EP y un grupo control de sujetos sin patología psiquiátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características del temperamento en un grupo de sujetos con diagnóstico de TDM, utilizando el cuestionario auto aplicable TEMPS-A.
2. Describir las características del temperamento en un grupo de sujetos con diagnóstico de TBP I, utilizando el cuestionario auto aplicable TEMPS-A.
3. Describir las características del temperamento en un grupo de sujetos con diagnóstico de EP, utilizando el cuestionario auto aplicable TEMPS-A.
4. Identificar si existen diferencias de temperamento estadísticamente significativas, entre los distintos grupos a quienes se otorgará el cuestionario auto aplicable TEMPS-A.

TIPO DE ESTUDIO [29]

Descriptivo, transversal, comparativo, prospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

En el presente estudio se incluyó una muestra de 48 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM- IV; 34 pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I (episodio más reciente depresivo), de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM- IV; 44 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM- IV. Con fines comparativos se incluyeron 42 sujetos control de la población general, quienes fueron invitados por parte de los investigadores del protocolo a participar, excluyendo a población de grupos subordinados.

Los pacientes fueron reclutados del servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El diagnóstico de los pacientes se realizó a partir de los criterios del DSM- IV TR. Los sujetos control fueron reclutados de la base de datos del proyecto de investigación de donde se desprende el presente protocolo "*Evaluación sensorial y bioquímica en sujetos con diagnóstico de depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia*", protocolo en el cual la investigadora responsable es la Dra. Claudia Becerra Palars.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

A) Grupo De Sujetos Control/ Grupo I.-

- Sujetos hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
- Sujetos que no presentaran algún trastorno neurológico o psiquiátrico de acuerdo a una valoración inicial mediante realización de historia clínica y la aplicación de la prueba Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I).
- Sujetos que no hayan recibido tratamiento psiquiátrico anteriormente.
- Sujetos que aceptaron participar de forma voluntaria y hayan aceptado firmar la hoja de consentimiento informado.

- Sujetos con capacidad de haber comprendido la naturaleza del estudio, con capacidad de leer y escribir, y que lo anterior les haya permitido responder el cuestionario auto aplicable TEMPS- A.
- B) Grupo De Pacientes Con Diagnóstico De Esquizofrenia Paranoide (EP)/ Grupo II.-
- Pacientes hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
 - Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.
 - Pacientes que hayan obtenido un puntaje < 3 puntos en todos los ítems de la escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), y que no mostraran evidencia de haber cursado con un puntaje mayor en los últimos 3 meses y por un periodo máximo de 9 meses.
 - Pacientes que aceptaron participar de forma voluntaria y hayan aceptado firmar la hoja de consentimiento informado.
 - Pacientes con capacidad de haber comprendido la naturaleza del estudio, con capacidad de leer y escribir, y que lo anterior les haya permitido responder el cuestionario auto aplicable TEMPS- A.
- C) Grupo de Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I (TBP)/ Grupo III.-
- Pacientes hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
 - Último episodio de tipo depresivo mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.
 - Que el último episodio se encontrara en remisión por un periodo mínimo de 3 meses y máximo de 9 meses al momento de la evaluación.
 - Pacientes con un puntaje < 7 puntos en la escala de Hamilton para depresión al momento de evaluación.
 - Pacientes con un puntaje < 9 puntos en la escala de manía de Young al momento de la evaluación.
 - Pacientes que aceptaron participar de forma voluntaria y hayan aceptado firmar la hoja de consentimiento informado.
 - Pacientes con capacidad de haber comprendido la naturaleza del estudio, con capacidad de leer y escribir, y que lo anterior les haya permitido responder el cuestionario auto aplicable TEMPS- A.
- D) Grupo de Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM)/ Grupo IV.-
- Pacientes hombres o mujeres entre 18 y 40 años.

- Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.
- Que el último episodio se encontrara en remisión por un periodo mínimo de 3 meses y máximo de 9 meses al momento de la evaluación.
- Pacientes con un puntaje < 7 puntos en la escala Hamilton para depresión al momento de evaluación.
- Pacientes que aceptaron participar de forma voluntaria y hayan aceptado firmar la hoja de consentimiento informado.
- Pacientes con capacidad de haber comprendido la naturaleza del estudio, con capacidad de leer y escribir, y que lo anterior les haya permitido responder el cuestionario auto aplicable TEMPS- A.

Criterios de exclusión:

- Que al momento de la evaluación los participantes cumplieran con criterios diagnósticos de un episodio de manía, depresivo mayor y/o psicótico de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.
- En el grupo II (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia) hayan obtenido una puntuación mayor a 5 puntos en la escala de Calgary para depresión en esquizofrenia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLES INDEPENDIENTES	TIPO	MEDICION
Genero	Categórica	Femenino/Masculino
Escolaridad	Dimensional	Años de Estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio Socioeconómico
Estado civil	Categórica	Con Pareja/ Sin Pareja
Antecedente de episodios depresivos	Categórica	Si/No
Antecedente de mania/ hipomanía	Categórica	Si/No
Antecedente de episodio psicótico	Categórica	Si/ No
Antecedente de intentos de suicidio	Categórica	Si/No

Antecedente de hospitalización Psiquiátrica	Categórica	Sí/ No
Puntuación en el PANSS	Dimensional discreta	Escala PANSS
Puntuación escala Calgary	Dimensional discreta	Escala Calgary
Entrevista Neuropsiquiátrica	Categórica	MINI
Puntuación en HAM-D	Dimensional discreta	Escala Hamilton
Puntuación en YOUNG	Dimensional discreta	Escala Young
VARIABLES DEPENDIENTES	TIPO	MEDICION
Escala de Temperamento Afectivo	Escalar	TEMPS- A

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Las pruebas clínicas que se aplicaron a los sujetos participantes se enlistan a continuación:

- Escala de temperamento autoaplicada de Memphis, Pisa, Paris y San Diego, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires).
- Con el objetivo de evaluar la existencia y/o severidad de los síntomas, se utilizaron las siguientes escalas clinimétricas: Entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI internacional neuropsychiatric interview, MINI), Escala de evaluación de manía de Young (EEM), Escala de depresión de Hamilton 21 Ítems (Hamilton-D), Escala de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia (PANSS), Escala de depresión de Calgary (únicamente se aplicó al grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia).

Descripción de las Escalas e Instrumentos de Medición.

- a) *Escala de Síntomas Positivos Y Negativos en la Esquizofrenia (PANSS)*: Desarrollada por Kay et al. [19]. en 1987 y adaptada al español por Peralta et al. [20] en 1994. En su versión original está compuesta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: a) dimensional, evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; b) categorial, clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto. Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas:
- Escala positiva (PANSS- P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos de un estado mental normal.

- Escala negativa (PANSS- N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal.
- Escala compuesta (PANSS- C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
- Psicopatología general (PANSS- PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).

El tiempo aproximado de administración es de 30 a 40 minutos, cada ítem se puntúa según una escala de tipo Likert de 7 grados de intensidad o gravedad (1, ausencia de síntomas; 7, con presencia de una gravedad extrema) [23].

Los propios autores de la escala pusieron en duda la utilidad de estos factores para recoger de manera adecuada los síntomas valorados por la PANSS, y en un estudio posterior propusieron cuatro factores subyacentes que explicarían el 52.3% de la varianza total, los 4 factores son: Síndrome negativo, síndrome positivo, de excitación y síntomas depresivos [21]. En 1994, el grupo de estudio de la PANSS realizó un análisis de la estructura factorial de la escala, y concluyó que un modelo de cinco factores era el que mejor representaba las dimensiones de la PANSS. Este modelo se denominó "modelo pentagonal", y estaba compuesto por los siguientes factores: negativo, positivo, excitación, disforia y preocupaciones autistas [22]. Este modelo ha sido incluido en el manual revisado de la PANSS publicado en el año 2000 [23]. Sin embargo, las investigaciones posteriores no han podido confirmar que el modelo pentagonal represente de manera adecuada los síntomas característicos de la esquizofrenia. En su lugar, la mayoría de los estudios realizados proponen un modelo diferente del modelo de White et al [24], pero manteniendo la estructura de cinco factores. Aunque no hay un acuerdo unánime en la bibliografía, el modelo más aceptado está configurado por los siguientes factores: factor negativo, factor positivo, factor excitación (denominado a veces hostilidad), factor ansiedad/depresión (en algunos estudios, malestar emocional) y factor desorganización/cognitivo. Este modelo se ha constatado tanto en pacientes con enfermedad de larga duración como en pacientes en las fases iniciales. En concreto, son siete los ítems que se muestran inconsistentes: preocupaciones somáticas (G1), tensión motora (G4), manierismos y posturas (G5), ausencia de juicio e introspección (G12), trastornos de la volición (G13), preocupación (G15) y evitación social activa (G16), si bien este último se asocia principalmente al factor negativo. Estas diferencias hacen que no haya unanimidad en los resultados obtenidos en las investigaciones que se realizan con la PANSS, ya que dichos resultados pueden depender del modelo concreto que se utilice

y de los ítems que configuren cada factor en ese modelo. Asimismo, puede llevar a diferentes interpretaciones de síntomas específicos. Un ejemplo sería el ítem "ausencia de juicio e introspección" (G12), que puede verse como un síntoma positivo de la enfermedad en los modelos que lo incluyen en el factor positivo [25], o como parte del deterioro cognitivo en los modelos que lo incluyen en el factor desorganización/ cognitivo.

Utilidad: radica en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. Su mayor ventaja es el estudio de los síntomas que son clínicamente importantes de cara al tratamiento en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La importancia de la distinción entre síntomas positivos y negativos, desorganización y estado de ánimo tal vez se vea limitada a los diferentes efectos del tratamiento en cada caso. También se ha utilizado como indicador pronóstico en aquellos casos en que predominan los síntomas negativos, lo que supone una peor evolución. La validación en México fue realizada en 90 pacientes del IMP, por Ortega y colaboradores. Las diferencias entre las calificaciones positivas y negativas forman una escala compuesta que expresa el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro. El PANSS tiene criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica, definiciones específicas para cada uno de las 30 variables, criterios de calificación más detallados para cada nivel de psicopatología. El coeficiente alfa de Cronbach indicó una consistencia interna elevada de las subescalas: 0.73, 0.83 y 0.79 para las subescalas positiva, negativa y general respectivamente. Los índices de confiabilidad en la prueba-reprueba, aplicada a pacientes que no remitieron su sintomatología durante un intervalo de 3 a 6 meses, fue de 0.80, 0.68, 0.60 para las subescalas positiva, negativa y de psicopatología general respectivamente. Estudios recientes han encontrado la confiabilidad inter observador del PANSS de 0.83 a 0.87 [26].

Corrección e interpretación.- Proporciona cuatro puntuaciones dimensionales: síndrome positivo, síndrome negativo, escala compuesta y psicopatología general. La puntuación en las escalas positiva, negativa y de psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilaran por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, si no que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Además de la puntuación dimensional comentada anteriormente, la PANSS proporciona también una información categorial que

indica si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Considerando positivo cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3. Se considera negativo cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3 [23].

b) *Escala de Depresión de Calgary: (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS).*

Se trata de un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en la fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extrapiramidales que pueden existir. Con el fin de superar las limitaciones de las escalas generales de depresión (Hamilton, Beck), diseñadas para población no psicótica, Addington D y cols (1990) realizaron un análisis factorial de los ítems de la Escala de Depresión de Hamilton y del Present State Examination (PSE), seleccionando aquellos con mejor fiabilidad y validez en la valoración de la depresión de la muestra de pacientes esquizofrénicos estudiada. La primera versión constaba de 11 ítems, puntuados del 0 al 5, si bien en un segundo estudio se observó que dos de los ítems (ideas delirantes de culpa y pérdida de peso) no contribuían a la fiabilidad interna de la escala ni a su validez, por lo que fueron suprimidos-, así mismo, la puntuación de cada ítem se redujo a 4 niveles de severidad. El resultado es una escala de 9 ítems, centrada fundamentalmente en los síntomas cognitivos de la depresión, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (ausente, leve, moderado, grave). Ha de ser administrada por un clínico, tras una entrevista estructurada y requiere una estandarización previa; el marco de referencia temporal son las dos semanas previas. Para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas; todos los ítems incorporan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad. No ha sido validada en nuestro medio, si bien existen distintas traducciones al castellano. Proporciona una puntuación total de gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3). El rango de puntuación es de 0-27. No existen criterios para categorizar la severidad de la depresión, utilizándose como una medida continua de intensidad sintomática. Es válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite un

seguimiento evolutivo del paciente y la determinación del grado de respuesta terapéutica. Para identificar la ausencia / presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación ≥ 5 . Este punto de corte se considera adecuado para identificar pacientes con alto riesgo de presentar comorbilidad de tipo depresivo; sin embargo, el diagnóstico de trastorno depresivo debe ser confirmado mediante el pertinente examen clínico. La escala ha demostrado una adecuada separación entre las medidas de depresión, síntomas negativos y síntomas extrapiramidales en sujetos con esquizofrenia, superando en este sentido a escalas de tipo general, como las de Hamilton o Montgomery-Asberg, cuya puntuación se ve más influenciada por la sintomatología negativa y por la presencia de clínica extrapiramidal. La Escala de Calgary para Evaluar la Depresión en la Esquizofrenia tiene una validez concurrente satisfactoria y su reproductibilidad es buena en México con base a los estudios realizados por Ortega y cols. El contar con este instrumento facilita el estudio de la relación entre los síntomas depresivos y la esquizofrenia [27].

c) *Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI Internacional Neuropsychiatric Interview, MINI).*

Se trata de una entrevista breve y altamente estructurada, elaborada para la detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y la CIE 10. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. de la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. Esta dividida por módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos [38].

d) *Escala de evaluación de manía de Young (EEM).*

Consta de once apartados, cada uno de los cuales se califica con puntajes de 0 a 4 de acuerdo a la severidad de los síntomas. La elección de los apartados se realizó en base a las descripciones clínicas de los síntomas de la fase maníaca del trastorno bipolar

(Carlson y Goodwin, 1973). La escala está diseñada para que se aplique en un tiempo de 15 a 30 minutos por personas con entrenamiento clínico y la calificación de cada uno de los apartados se asigna en base al informe subjetivo del paciente. Cuatro de los apartados (5, 6, 8 y 9) son calificados dándoles un doble peso a fin de compensar la pobre cooperación de los pacientes severamente enfermos (Young, 1978). La validación de esta escala fue evaluada con la correlación que se realizó con otras escalas de manía, encontrando que la EEM presentaba una alta correlación con la escala de Petterson (0.89) y una baja pero aceptable con la escala de Biegel (0.71). Al valorar la sensibilidad se encontró que la EEM diferenciaba los puntajes pre- tratamiento y postratamiento ($p= 0.005$). La confiabilidad interevaluadores fue muy buena (0.93), con un rango de confiabilidad del 0.66 para el apartado de conducta agresiva a un 0.95 para el apartado de sueño, siendo significativamente todas las correlaciones ($p= 0.001$). Al revisar estos resultados se puede concluir que la EEM es una escala explícita y definida al compararla con sus antecesoras (Young,1978). Para evaluar su validez y confiabilidad en nuestro país se reclutaron pacientes del servicio de consulta externa del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en donde la puntuación para el grupo de pacientes con trastorno bipolar en fase de manía tuvo una correlación de $r= 0.98$ al promediar el test, retest. Demostrando con los resultados una adecuada validez y confiabilidad para así ser utilizada en nuestro medio (Apiquián y cols., 1997).[28]

e) *Escala de Depresión de Hamilton 21 Ítems (Hamilton-D)*

Se trata de 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. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [30]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas [30] como ambulatorios [31]. Cada pregunta 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 cohorte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [32], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda

emplear los siguientes puntos de cohorte: 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% [33]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de cohorte debería de tener un valor más bajo [34].

f) *Cuestionario Autoaplicable de Temperamento de Memphis, Pisa, Paris Y San Diego (TEMPS- A).*

Consta de 110 ítems de fácil lectura y comprensión tanto para los pacientes como para la población en general. Permite la evaluación de los cuatro temperamentos afectivos fundamentales y el temperamento ansioso. Las sub escalas posibilitan registrar los ritmos anímicos, cognitivos, psicomotores y circadianos que pueden predisponer a los trastornos afectivos mayores. El centro internacional de trastornos afectivos de San Diego ha validado la TEMPS-A en una investigación en la población norteamericana, además ha colaborado con la versión alemana que la validó a su vez en una población de estudiantes, con la versión japonesa y turca, todas ellas adoptadas a los idiomas locales. La TEMPS-A existe en 12 idiomas además del inglés norteamericano. En Argentina, Vázquez G. y cols. (2007) validaron el TEMPS-A en el idioma Español con una muestra de 932 sujetos. El Alpha de Cronbach para la sub- escala de temperamento depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso fue de 0.68, 0.81, 0.80, 0.80 respectivamente [36]. El estudio no examinó la confiabilidad del test- retest, lo cual podría ser una de sus limitaciones. Este estudio fue el primer intento de validarla al idioma español y resultó con buenas propiedades psicométricas [35].

PROCEDIMIENTO.

Este protocolo forma parte de una extensión de un proyecto mayor el cual se titula: *Evaluación sensorial y bioquímica en sujetos con diagnóstico de depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia*. Proyecto aprobado por el comité de ética con fecha de 11 de mayo de 2010. Parte de este trabajo se llevo a cabo en conjunto con el investigador principal Dra. Claudia Becerra P. y con los colaboradores del mismo, los doctores Francisco Romo N., Gerhard Heinze, Ricardo Saraco y Raúl Escamilla.

Tipo de Muestreo.

- No Probabilístico
- De Tipo Accidental (los pacientes serán reclutados)

Las variables socio demográficas (edad, sexo, estado civil y nivel socio económico), así como antecedentes de episodios previos se obtuvieron tanto del expediente clínico, como de una evaluación inicial.

El grupo control se reclutó mediante anuncios en la comunidad y al igual que el resto de los participantes, fueron evaluados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

A cada participante se le asigno un código de identificación para el manejo y confidencialidad de la información.

Evaluación

1. Se realizó una entrevista clínica utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM- IV- TR y la entrevista neuropsiquiátrica internacional (M.I.N.I), con el objetivo de evaluar si el participante cumplía con los criterios de inclusión.
2. Una vez que el sujeto participante hubo cumplido con dichos criterios de inclusión, se procedió a firmar la hoja de consentimiento informado.
3. Se recabó información demográfica y clínica.

4. Se aplicaron escalas clinimétricas*, y se otorgó copia en papel de la escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego autoaplicada, versión argentina autoaplicable (TEMPS-A Buenos Aires).
5. Se programó una segunda visita para que el participante entregará el cuestionario autoaplicable TEMPS-A al investigador en un lapso no mayor a siete días.

* Clinimetría

- *Escala Autoaplicable de Temperamento (TEMPS-A).*
- *Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D).*
- *Escala de Manía de Young.*
- *Escala de Síntomas Positivos y Negativos en la Esquizofrenia (PANSS)*
- *Escala de Calgary (Solo para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia)*

Procedimiento General de la Investigación.

Recursos Humanos y Materiales

- Médico residente, asesor teórico y metodológico.
- Debido a que este protocolo se considera una extensión de un proyecto análogo en el que se evaluó la función sensorial y bioquímica en sujetos con diagnóstico de depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia, parte del trabajo se llevó a cabo en conjunto con los encargados del estudio inicial.
- Se solicitó el apoyo del personal médico de la consulta externa, de la clínica de trastornos del afecto y de la clínica de esquizofrenia para el reclutamiento de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión de este estudio.
- El investigador principal contactó directamente con el paciente para la autorización de ingreso al estudio y se recabó la firma del consentimiento informado.
- El investigador principal vació los datos obtenidos de cada paciente.
- Se utilizó material de papelería básica para la recolección de datos, como papel, lápiz y fotocopias.

Evaluación de Costos.

Este protocolo forma parte de la extensión de un proyecto mayor el cual se titula: *Evaluación sensorial y bioquímica en sujetos con diagnóstico de depresión, trastorno bipolar y*

esquizofrenia. En donde los costos de esta rama de la investigación fueron absorbidos por la facultad de medicina de la UNAM.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Se realizó un análisis estadístico para objetivos específicos utilizando el análisis de covarianza (ANCOVA) univariado y la Prueba de Chi- Cuadrada.

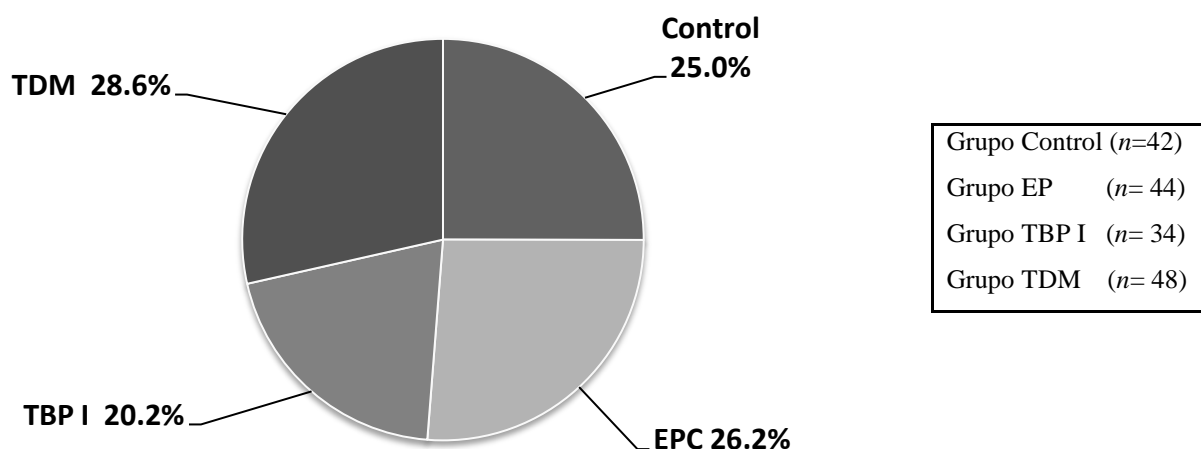
CONSIDERACIONES ÉTICAS

La confidencialidad de los participantes fue protegida durante el estudio por parte de los investigadores. A todos los sujetos se les otorgo hoja de consentimiento informado, en el cual se ofreció la explicación del estudio, se firmo ante testigos y médico responsable. El proyecto fue aprobado por el comité de ética e investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en Noviembre de 2010. El no participar en el proyecto no excluyo a ningún paciente de recibir atención médica, ni tampoco afectó esta decisión su tratamiento. Los datos obtenidos durante la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los participantes y de los comités ya mencionados. El riesgo de la investigación es menor al mínimo de acuerdo a las especificaciones del comité de ética e investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría.

RESULTADOS.

Características Socio demográficas.

Se incluyeron un total de 168 sujetos de los cuales 25.0% (n=42) pertenecieron al grupo control, 26.2% (n=44) al grupo de pacientes con diagnóstico esquizofrenia, 20.2% (n=34) al grupo de pacientes con diagnóstico de TBP I y 28.6% (n=48) al grupo de pacientes con diagnóstico de TDM.



Del total de sujetos control 45.2% (n=19) fueron hombres y el 54.8% (n=23) restante mujeres, la edad promedio fue de 24.95 (D.E= 4.8) años, el grado de escolaridad fue de 15.59 (D.E.= 3.23) años equivalente al tercer año de licenciatura. La mayor parte de los sujetos se encontraban sin pareja al momento del estudio 88% (n=37), en relación a la actividad laboral el 28.5% (n=12) reportó dedicarse a una actividad laboral económicamente remunerada. El 90.5% clasifican dentro de un nivel socioeconómico medio (Tabla 1).

Del total de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia 70.5% (n=31) fueron hombres y el 29.5% (n=13) restante mujeres, la edad promedio fue de 33.1 (D.E.= 5.4) años, el grado de

escolaridad fue de 11.2 (D.E.= 3.18) años equivalente al segundo año de bachillerato. El 88.6% (n=39) de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio, el 50% (n=22) se encontraban realizando alguna actividad laboral económicamente remunerada. El 66% clasifican dentro de un nivel socioeconómico medio (Tabla 1).

Del total de pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar el 32.4% (n=11) fueron hombres y el 67.6% (n=23) restante mujeres, la edad promedio fue de 30.9 (D.E.=8.2) años, el grado de escolaridad fue de 14.2 (D.E= 4.02) años equivalente al segundo año de licenciatura. El 70.5% (n=24) de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio y el 44.1% (n=15) se encontraban realizando alguna actividad laboral económicamente remunerada. El 82.3% clasifican dentro de un nivel socioeconómico medio (Tabla 1).

Del total de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor el 37.5% (n=18) fueron hombres y el 62.5% (n=30) restante mujeres, la edad promedio fue de 32.1 (D.E.= 6.58) años, el grado de escolaridad fue de años 13.5 (D.E.= 3.91) equivalente al primer año de licenciatura. La mayor parte de los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio 68.8% (n=33) y el 66.6% (n=32) se encontraba realizando alguna actividad laboral económicamente remunerada. El 81.3% clasifican dentro de un nivel socioeconómico medio (Tabla 1).

Características Clínicas.

De los sujetos incluidos en este estudio 2.4% (n=1) de los pertenecientes al grupo control reportó haber presentado un episodio sugestivo de cuadro depresión mayor, al interrogar de manera propositiva las características del mismo, la intensidad del mismo impresiona leve, cuya duración fue menor a dos meses y resolvió de manera espontanea sin haber requerido del uso de fármacos, 97.6% (n=41), negó haber presentado un cuadro sugestivo de depresión mayor a lo largo de su vida. En relación a los pacientes, 9% (n=4) con diagnóstico de EP, 58.8% (n=20) con diagnóstico de TBP I y 85.5% (n=41) con diagnóstico de TDM, reportaron haber presentado por lo menos un cuadro sugestivo de depresión mayor previo a su padecimiento actual (Tabla 1).

De los sujetos incluidos en este estudio 100% (n=42) de los pertenecientes al grupo control, negó haber presentado un episodio sugestivo de manía/ hipomanía a lo largo de su vida. En relación a los pacientes, el 100% (n=48) de los pertenecientes al grupo de TDM negó haber presentado por lo menos un episodio sugestivo de manía/ hipomanía a lo largo de su vida; 2.3% (n=1) perteneciente al grupo con diagnóstico de EP reconoce haber presentado un cuadro sugestivo de hipomanía, sin embargo al interrogar de manera propositiva sobre las características del cuadro, los síntomas resultan inconsistentes pues tuvieron una duración de pocas horas y existe la posibilidad de haberse asociado con la ingesta de sustancias psicoactivas, por lo que podría tratarse de un falso positivo. Por último el 82.8% (n=29) del grupo con diagnóstico de TBP I, reportó haber presentado por lo menos un cuadro sugestivo de manía/ hipomanía previo a su padecimiento actual (Tabla 1).

De los sujetos incluidos en este estudio 100% (n=42) de los pertenecientes al grupo control negó haber presentado un episodio sugestivo de cuadro psicótico a lo largo de su vida. En relación a los pacientes, 100% (n=48) de los pertenecientes al grupo de TDM, negó haber presentado un episodio sugestivo de cuadro psicótico a lo largo de su vida; 79.5% (n=35) con diagnóstico de EP, refiere haber presentado por lo menos un cuadro sugestivo de episodio psicótico previo a su padecimiento actual y el 35.3% (n=12) con diagnóstico de TBP I, reportó haber presentado por lo menos un episodio sugestivo de cuadro psicótico previo a su padecimiento actual (Tabla 1).

De los sujetos incluidos en este estudio 4.8% (n=2) de los pertenecientes al grupo control reportaron haber presentado un intento de suicidio a lo largo de su vida, al interrogar a cerca de este rubro ambos reconocen que este acontecimiento sucedió en contexto de impulsividad, en uno de ellos estando bajo los efectos de intoxicación etílica y en el segundo tras haber discutido con sus padres, sin que en ninguno de los dos eventos hayan existido síntomas propios de un cuadro afectivo, psicótico u otro cuadro psiquiátrico en eje I además de los antes mencionados. En relación a los pacientes, 14% (n=6) con diagnóstico de EP, 32.4% (n=11) con diagnóstico de TBP I y 25% (n=12) con diagnóstico de TDM, reportaron haber tenido por lo menos un intento de suicidio en algún momento durante el curso de su padecimiento (Tabla 1).

De los sujetos incluidos en este estudio, el 100% de los pertenecientes al grupo control negó haber presentado algún internamiento de tipo psiquiátrico a lo largo de su vida. En relación a

los pacientes, 36.4% (n=16) de los pertenecientes al grupo de esquizofrenia, 47.0% (n=16) de los pertenecientes al grupo de trastorno bipolar I y 8.3% (n=4) de los pertenecientes al grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, reportaron haber requerido de por lo menos una hospitalización psiquiátrica durante el curso de su padecimiento (Tabla 1).

Gravedad Sintomática.

El grupo que presento mayor puntuación en la escala HAM-D fue el de TDM seguidos del grupo de EP. La puntuación promedio total de la escala de HAM- D fue de 0.61 (D.E.= 1.26) puntos para el grupo de sujetos control, de 1.39 (D.E.= 1.83) puntos para el grupo de pacientes con TDM, de 0.55 (D.E.= 1.25) puntos para el grupo de pacientes con TBP I, de 1.15 (D.E.= 1.86) puntos para el grupo de pacientes con EP. Estos resultados hacen referencia a que ninguno de los evaluados se encontraba cursando con sintomatología depresiva correspondiente a un episodio depresivo mayor al momento de la evaluación (Tabla 1).

El grupo que presento mayor puntuación en la escala de manía de Young fue el de TBP I. La puntuación promedio total de la escala de Young fue de 0.02 (D.E.= 0.15) puntos para el grupo de sujetos control, de 0.14 (D.E.= 0.74) puntos para el grupo de pacientes con TDM, de 0.23 (D.E.= 0.43) puntos para el grupo de pacientes con TBP I, 0.11 (D.E.=0.38) puntos para el grupo de pacientes con EP. Estos resultados hacen referencia a que ninguno de los evaluados se encontraba cursando con sintomatología maniatiforme correspondiente a un episodio hipomanía o manía al momento de la evaluación (Tabla 1).

La puntuación promedio total de la escala PANSS fue de 30.2 (D.E.= 0.77) puntos para el grupo de sujetos control, de 31.5 (D.E.= 3.84) puntos para el grupo de pacientes con TDM, de 31.0 (D.E.= 1.63) puntos para el grupo de pacientes con TBP I, de 44.9 (D.E.= 17.17) puntos para el grupo de pacientes con EP. Tomando en cuenta que la puntuación mínima de esta escala es de 30 puntos y que a pesar de que no existe un punto de cohorte para la puntuación directa obtenida, si no que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles, estos resultados reflejan que en los tres primeros grupos no existe evidencia de síntomas correspondientes a un cuadro psicótico que amerite tratamiento al momento del estudio. En cuanto a la puntuación total del grupo de pacientes con EP se tomo en cuenta como criterio de inclusión inicial en este estudio, que los resultados obtenidos en cada uno de

los ítems no tuvieran una intensidad superior a 3 puntos (intensidad ligera), condición que refleja que se trata de un episodio psicótico en remisión y que no existe presencia de delirios (P1), desorganización conceptual (P2), comportamiento alucinatorio (P3), embotamiento afectivo (N1), retraimiento social (N4), ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación (N6), manierismos y posturas (G5) y/o contenidos del pensamiento inusuales (G9). (Tabla 1).

La puntuación promedio total de la escala de Calgary para el grupo de pacientes con EP fue de 0.25 (D.E.= 0.71) puntos, lo que indica que no existía sintomatología depresiva sugestiva de episodio depresivo mayor en los pacientes al momento del estudio (Tabla 1).

Tabla 1. Características Clínicas y Demográficas.

Variable	Grupo 1 N=42 (%)	Grupo 2 N=44 (%)	Grupo 3 N=34 (%)	Grupo 4 N=48 (%)	Significancia
Género					
Masculino	19 (45.2)	31 (70.5)	11 (32.4)	18 (37.5)	$\chi^2=14.4, p=0.002$
Femenino	23 (54.8)	13 (29.5)	23 (67.6)	30 (62.5)	
Estado Civil					
Con Pareja	5 (12)	5 (11.4)	10 (29.5)	15 (31.2)	$\chi^2=9.10, p=0.028$
Sin Pareja	37 (88)	39 (88.6)	24 (70.5)	33 (68.8)	
Ocupación					
Desempleado	2 (4.8)	5 (11.4)	4 (11.8)	2 (4.2)	$\chi^2=17.21, p=0.009$
Trabajo No Remunerado	28 (66.6)	17 (38.6)	15 (44.1)	14 (29.2)	
Trabajo Remunerado	12 (28.5)	22 (52.3)	15 (44.1)	32 (66.6)	
Nivel Socioeconómico					
1. Bajo	3 (7.2)	0	0	1 (2.1)	$\chi^2=19.75, p=0.003$
2. Medio	38 (90.5)	29 (66)	28 (82.3)	39 (81.3)	
3. Alto	1 (2.3)	15 (34.0)	6 (17.7)	8 (16.6)	
Antecedente de Episodio Depresivo					
Sí	1 (2.4)	4 (9.0)	20 (58.8)	41 (85.5)	$\chi^2=89.07, p<0.001$
No	41 (97.6)	40 (91.0)	14 (41.2)	7 (14.5)	
Antecedente de Manía/ Hipomanía					
Sí	0	1 (2.3)	29 (82.8)	0	$\chi^2=132.26, p<0.001$
No	100	43 (97.7)	5 (14.2)	48 (100)	
Antecedente de Episodio Mixto					
Sí	0	0	3 (8.9)	0	$\chi^2=12.04, p=0.007$
No	100	100	31 (91.1)	48 (100)	
Antecedente de Episodio Psicótico					
Sí	0	35 (79.5)	12 (35.3)	0	$\chi^2=86.54, p<0.001$
No	100	9 (20.5)	22 (64.7)	48 (100)	
Antecedente de Intento de Suicidio					
Sí	2 (4.8)	6 (14.0)	11 (32.4)	12 (25)	$\chi^2=11.64, p=0.009$
No	40 (95.2)	38 (86.0)	23 (67.6)	36 (75)	
Antecedente de Hospitalización					
Sí	0	16 (36.4)	16 (47.0)	4 (8.33)	$\chi^2=32.35, p<0.001$
No	42 (100)	28 (63.6)	18 (53.0)	44 (91.4)	
Variable	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Significancia
Edad al momento de la entrevista	24.95 (4.8)	33.1 (5.4)	30.9 (8.2)	32.1 (6.58)	F=14.55, p<0.001
Escolaridad promedio en años	15.59 (3.23)	11.2 (3.18)	14.2 (4.02)	13.5 (3.91)	F=10.87, p<0.001
Puntuación PANSS	30.2 (0.77)	44.9 (17.17)	31.0 (1.63)	31.5 (3.84)	F=26.68, p<0.001
Puntuación HAM- D	0.61 (1.26)	1.15 (1.86)	0.55 (1.25)	1.39 (1.83)	F=2.72, p=0.460
Puntuación YOUNG	0.02 (0.15)	0.11 (0.38)	0.23 (0.43)	0.14 (0.74)	F=1.20, p<0.310
Puntuación Calgary		0.25 (0.71)			

Grupo 1 (Sujetos Control); Grupo 2 (EPC); Grupo 3 (TBP I); Grupo 4 (TDM).

Dimensiones de temperamento.

A continuación se presentan las puntuaciones promedio obtenidas de las dimensiones de temperamento, que evalúa el cuestionario auto aplicable TEMPS- A, entre los cuatro grupos de estudio al ser comparados.

Tabla 2. Dimensiones de Temperamento entre los Cuatro Grupos de Estudio.

Tipo de Temperamento	Grupo 1 (N=42) Media (DE)	Grupo 2 (N=44) Media (DE)	Grupo 3 (N=34) Media (DE)	Grupo 4 (N=48) Media (DE)	P=
Depresivo	10.7 (.783)	11.4 (.787)	10.2 (.850)	10.0 (.698)	0.569
Ciclotímico	11.2 (1.02)	11.5 (1.03)	11.7 (1.11)	9.6 (.917)	0.379
Hipertímico	10.4 (.828)	10.2 (.831)	12.5 (.897)	9.1 (.737)	0.033
Irritable	10.3 (1.12)	11.3 (1.13)	8.6 (1.22)	9.4 (1.00)	0.361
Ansioso	13.1 (1.29)	15.1 (1.30)	10.7 (1.40)	13.2 (1.15)	0.166

Grupo 1 (Sujetos Control); Grupo 2 (EP); Grupo 3 (TBP I); Grupo 4 (TDM). El análisis se controló por edad y género como covariables.

El grupo de pacientes con diagnóstico de EP obtuvo una puntuación mayor en la sub escala de temperamento depresivo en comparación con el resto de los grupos, sin embargo esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

El grupo de pacientes con diagnóstico de TBP I, obtuvo una puntuación mayor en la sub escala de temperamento ciclotímico, en comparación con el resto de los grupos, sin que estos resultados reflejaran una diferencia estadísticamente significativa.

El grupo de pacientes con diagnóstico de TBP I, obtuvo una puntuación mayor en la sub escala de temperamento hipertímico, en comparación con el resto de los grupos. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa.

El grupo de pacientes con diagnóstico de EP, obtuvo una puntuación mayor en la sub escala de temperamento irritable, en comparación con el resto de los grupos. Resultados sin significancia estadística.

El grupo de pacientes con diagnóstico de EP, obtuvo una puntuación mayor en la sub escala de temperamento ansioso, en comparación con el resto de los grupos. Estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Al comparar las dimensiones de temperamento entre los cuatro grupos de estudio utilizando el análisis de varianza univariante, se observó que las puntuaciones obtenidas no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las sub escalas de temperamento depresivo, ciclotímico, irritable y ansioso.

Las puntuaciones obtenidas en las cinco sub escalas únicamente mostraron diferencias estadísticamente significativas en la sub escala de temperamento hipertímico al comparar al grupo de pacientes con diagnóstico de TBP I con el resto de los grupos de estudio, particularmente al compararlos con el grupo de pacientes con diagnóstico de EPC y TDM (Tabla 3).

Tabla 3. Sub Escala de Temperamento Hipertímico/ Comparaciones Múltiples *Post Hoc*.

Grupo	Grupo de Comparación	Diferencia de Medias	Significancia Estadística
Control	EPC	.230	.851
Control	TBP I	-2.105	.088
Control	TDM	1.347	.239
EPC	TBP I	-2.335	.057
EPC	TDM	1.117	.308
TBP I	TDM	3.452	.003

Control (Sujetos Control); Esquizofrenia Paranoide (EPC); Trastorno Bipolar I (TBP I); Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.

Puntuaciones del TEMPS- A.

En la actualidad se ha propuesto que los distintos temperamentos podrían constituir los cimientos sobre los que se levantan los trastornos afectivos mayores, y que estos a su vez, tienen un impacto sobre algunos rasgos de personalidad.

La hipótesis principal del presente estudio se centró en que existirían diferencias en las sub escalas de temperamento del TEMPS- A, entre los distintos grupos de estudio. Para probar esta hipótesis se obtuvieron las puntuaciones medias entre los distintos grupos y se procedió a compararlos entre sí.

El grupo de pacientes con diagnóstico de TBP I obtuvo una mayor puntuación en las sub escalas de temperamento ciclotímico e hipertímico al compararlo con el resto de los grupos de estudio, lo cual podría servir como un marcador potencial de vulnerabilidad, y otorga un soporte al concepto de espectro bipolar. El reconocimiento de todo el espectro clínico del trastorno bipolar es un importante problema de salud pública porque, a pesar de la creciente disponibilidad de nuevos tratamientos, aún existe una tendencia importante por parte de los clínicos a sub diagnosticar y otorgar un tratamiento insuficiente. De ahí la importancia de la salud pública en el diagnóstico oportuno y la intervención en individuos que forman parte de este "Espectro Bipolar" como expresión inicial del padecimiento, en el que se observa una gran heterogeneidad de síntomas y variación en severidad de un paciente a otro. El "Espectro Bipolar" ^[41] hace referencia a una condición clínica más amplia, y que va más allá de la manía bipolar clásica, e incluye depresión con episodios hipomaníacos, así como los derivados del temperamento ciclotímico e hipertímico. De esta manera, el reconocimiento de las manifestaciones sintomatológicas subafectivas premórbidas (temperamento distímico, ciclotímico e hipertímico) del espectro bipolar no sólo no deberían ser vistas como un valioso diagnóstico, pues constituyen un problema sanitario mayor. Las investigaciones epidemiológicas más recientes sobre trastornos afectivos demuestran que el trastorno bipolar podría tener una prevalencia mayor del 1% de la población que se cita clásicamente. Si tomamos en cuenta el concepto de espectro bipolar, esta cifra podría ser superior. Los estudios clínicos indican que los trastornos bipolares podrían llegar a ser casi tan frecuentes como la depresión unipolar. El espectro bipolar impulsado por Akiskal y Angst está en concordancia con la postura de Kraepelin, quién propuso una enfermedad maniaco depresiva

que en un extremo se tocaba con la psicosis y en el otro se sumergía en los temperamentos afectivos.

El grupo de pacientes con diagnóstico de EP obtuvo una mayor puntuación en las sub escalas de temperamento ansioso, depresivo e irritable al compararlos con el resto de los grupos incluidos. El temperamento ansioso se encuentra fuertemente ligado al temperamento depresivo, lo que podría explicar que los pacientes con diagnóstico de EP también obtuvieran una puntuación más alta en esta sub escala en comparación con el resto de los grupos de estudio, los síntomas depresivos pueden tener diferentes orígenes, tanto biológicos como psicológicos, pueden constituir un trastorno adaptativo o situacional ante la perspectiva del futuro condicionado por la enfermedad e incluso ante el temor de un nuevo brote psicótico. En relación a la presencia de irritabilidad se ha postulado que el paciente con esquizofrenia es más susceptible al estrés, susceptibilidad que sería la responsable de las alteraciones a nivel neuroendocrino.

Por otra parte el grupo de pacientes con diagnóstico de TDM presentó una mayor puntuación en las sub escalas de temperamento ansioso y depresivo. Condición que coincide con la información que se tiene en relación a que el trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10% en estudios epidemiológicos y en un 15- 25% en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10% de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor ^[39]. El estudio del temperamento en pacientes con depresión mayor es un tema ampliamente referido en la bibliografía científica, no obstante, este estudio tiene la fortaleza de haber incluido pacientes con un cuadro de remisión de los síntomas de por lo menos tres meses. Este grupo también obtuvo la menor puntuación en la sub escala de temperamento hipertímico, por definición el temperamento hipertímico es libre de rasgos depresivos y en contraste con esto, el temperamento depresivo no contiene mayor componente hipertímico, lo que podría explicar estos resultados.

Contrario a nuestras expectativas, pese a que existieron diferencias entre las puntuaciones obtenidas para las cinco sub escalas de temperamento entre los distintos grupos de estudio, estas no demostraron ser estadísticamente significativas, con excepción de la sub escala de temperamento hipertímico, en la que se observó una puntuación mayor en el grupo de pacientes con TBP I al compararlo con el de EP. Nuestros resultados apoyan solo

parcialmente la hipótesis de que afectivamente los pacientes obtienen puntuaciones más altas que los sujetos control en las dimensiones de las sub escalas de temperamento del cuestionario auto aplicable TEMPS- A.

Características Sociodemográficas y Clínicas.

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto que el padecimiento genera al paciente y su sociedad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la prevalencia de la esquizofrenia en México es del 1%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo. Se ha observado una incidencia ligeramente superior en hombres que en mujeres ^[39], en este estudio se incluyó una muestra de 44 pacientes con diagnóstico de EP de los cuales el 70.5% (n=31) pertenecían al género masculino y 29.5% (n=13) al femenino, estos resultados podrían verse influidos por el hecho de que la edad de los participantes oscilaba entre 18 y 40 años, y que la edad en la que suele iniciarse la enfermedad es entre los 10 y 25 años en los hombres y entre los 25 y 35 años en las mujeres. A diferencia de los hombres, las mujeres muestran una distribución bimodal de la edad, con un segundo punto álgido después de los 40 años ^[40].

El diagnóstico de esquizofrenia implica un amplio abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización de comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Cuesta, Peralta y Zarzuela (2001) proponen que las alteraciones cognitivas y de personalidad, además de ser factores de vulnerabilidad o riesgo de padecer la enfermedad, también juegan un papel importante en el desarrollo de psicopatología y en el rendimiento cognitivo durante la enfermedad. Cuesta y cols. (2001), al estudiar la relación entre la personalidad y los déficit cognitivos en pacientes psicóticos, encontraron que puntuaciones altas en la dimensión pasiva- dependiente (ansiedad, dependencia, inmadurez) estaban relacionadas con pobre funcionamiento en memoria, resultados que apoyan la idea de que altos niveles en ciertas dimensiones de la personalidad están asociadas con un pobre rendimiento cognitivo.

El progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad. Lo anterior coincide con los hallazgos obtenidos en este estudio, en los que la

escolaridad promedio en años fue de 11.2 (D.E.= 3.18), equivalente al segundo año de bachillerato y que podría estar asociado con el inicio del padecimiento en el que más que un deterioro de la actividad, puede existir un fracaso en la consecución de lo que sería esperable para el sujeto.

Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia: el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral y social (p. ej. las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo). Muchos sujetos son incapaces de sostener un empleo por periodos largos de tiempo, en este estudio se encontró que únicamente el 50% de los pacientes con EP sostenían algún tipo de actividad laboral económicamente remunerada. Se estima que entre el 60- 70% ^[39] de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados, condición que coincide con los resultados obtenidos en este estudio ya que el 88.6% de los pacientes se encontraba sin pareja al momento de la evaluación.

Los estudios del Trastorno Depresivo Mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece este trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% para los hombres. Las mujeres presentan, en comparación con los hombres, una mayor probabilidad de desarrollar episodios de depresión mayor en algún momento de su vida, los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres. En este estudio del total de pacientes con diagnóstico de TDM, el 62.5% (n=30) pertenecían al género femenino y el 37.5% (n=18) al masculino.

El TDM es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas, condición que coincide con las características de nuestra población de estudio en la que únicamente el 31.2% (n=15) reconoció sostener algún tipo de relación de pareja.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, el Trastorno Depresivo Mayor se encuentra entre los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad, el cual además obtuvo el mayor impacto en el área laboral, revelando que en la depresión en promedio se perdían mas días de actividad laboral en comparación con otro tipo de enfermedades crónicas. De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra población de estudio, el 66.6% (n=32) refiere realizar alguna actividad económicamente remunerada. Hasta las últimas dos décadas del siglo pasado aún se subestimaba el impacto de los trastornos

mentales, esta percepción cambió debido a dos factores: por un lado, el estudio de la carga global de la enfermedad y, por otro, la definición de los trastornos mentales según la Asociación Psiquiátrica Americana. En estos dos factores el elemento común es la inclusión del concepto de discapacidad. La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad. En el estudio de la Carga Global de la Enfermedad, la depresión se consideró como la enfermedad más discapacitante y ocupó el cuarto lugar en ese estudio.

Los pacientes que tienen al menos un segundo episodio de depresión se clasifican en el DSM-IV TR como trastorno depresivo mayor recidivante, el 85.5% (n=41) de los pacientes incluidos, reconoció haber presentado por lo menos un episodio depresivo previo. Este diagnóstico tiende a cronificar y los pacientes tienden a recaer, una indicación clara de hospitalización son el riesgo de suicidio y la presencia de síntomas psicóticos, 25% (n=12) de los pacientes incluidos refiere haber presentado por lo menos un intento de suicidio, el 100% negó haber presentado algún síntoma sugerente de psicosis y el 8.3% (n=4) refirió haber requerido de por lo menos un internamiento en alguna institución psiquiátrica.

El Trastorno Bipolar I es considerado un cuadro psiquiátrico de curso intermitente, menoscabante y crónico, caracterizado por episodios recurrentes, preferentemente de depresión y con la ocurrencia de al menos un episodio maníaco. La incidencia anual del trastorno bipolar es menor al 1%, aunque es difícil de estimar porque las formas leves suelen pasar desapercibidas. El TB comienza habitualmente con depresión (75% de las ocasiones en mujeres, 67% en los varones) y es un trastorno recurrente ^[40]. La mayoría de los pacientes tienen episodios tanto de depresión como de manía, aunque el 10- 20% presentan exclusivamente episodios de manía. Este grupo de pacientes tienen un peor pronóstico que los pacientes con TDM, esta información coincide con los datos obtenidos en nuestra población de estudio en la que encontramos que el 58.8% (n=20) presentó por lo menos un episodio depresivo mayor previo; 82.8% (n=29) por lo menos un episodio de manía/hipomanía; 35.3% (n=12) por lo menos un episodio con síntomas psicóticos; 32.4% (n=11) algún intento de suicidio y 47% (n=16) ha requerido de por lo menos una hospitalización en alguna institución psiquiátrica.

Conlleva a una importante gravitación socio económica por lo que hoy se encuentra en el 6º lugar de las primeras 10 causas de discapacidad por la OMS ^[42]. En nuestro estudio, el 44.1 % (n=15) de los pacientes, reconoció sostener alguna actividad económicamente remunerada,

debido a su sintomatología y cronicidad, este padecimiento produce un fuerte impacto económico.

CONCLUSIÓN.

El diseño transversal de este estudio no nos permite afirmar que las puntuaciones obtenidas entre las cinco subescalas de temperamento pudieran influir o no en la presentación de episodios afectivos o psicóticos. Las diferencias observadas entre los sujetos de estudio podrían ser explicadas tanto por variables biológicas como por la vivencia personal con el entorno. En este estudio, las puntuaciones obtenidas en la escala autoaplicable TEMPS- A no demostraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de temperamento entre los grupos de patologías afectivas, esquizofrenia y sujetos control. Futuros estudios de seguimiento longitudinal podrían evaluar esta cuestión tanto en población clínica, como en aquellos sujetos sanos con altas puntuaciones en determinadas sub escalas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Akiskal HS, Akiskal K, Haykal R, Manning JS, Connor P. 2005. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire. *J. Affect. Disord.*85, 3-16.
2. Allport GW. Personality: a psychological interpretation. New York: Holt, 1937.
3. Eysenck H. The structure of human personality. London: Methen, 1970.
4. Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self- report. En: Tuna AH, Maser JD, editors. Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale: Erlbaum, 1985; p. 681- 705.
5. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1087; 50: 975-90.
6. Watson D, Clark LA. Behavioral disinhibition versus constraint: a dispositional perspective. En: Wegner y Pennebaker DM, editor. Handbook of mental control. New York: Prentice Hall, 1993; p. 506- 27.
7. Lesch KP, Mossner R. Genetically driven variation in serotonin uptake: is there a link to affective spectrum, neurodevelopment, and neurodegenerative disorders? *Biol Psychiatry* 1998;44: 179-92.
8. Lesch KP, Bengel D, et al. Association of anxiety related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 1996; 274: 1527- 31.
9. Lesch KP, Greenberg BD, et al. Serotonin transporter, personality, and behavior. Toward a dissection of gene-gene and gene- environment interaction. En: Benjamin J, Ebstein RP, Belmaker RH, editors. Molecular genetics and the human personality. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002.
10. Nicolini H. Genética de las conductas compulsivas. En: de la Fuente R, editor. Aportaciones recientes de la biología a la psiquiatría México: Colegio Nacional, 2003.
11. Caspi A, Sugden K, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-9.
12. Garpenstrand BD, Annas P, et al. Human fear conditioning is related to dopaminergic and serotoninérgica biological markers. *Behav Neusosci* 2001; 115: 358- 64.
13. Camarena B, Ruvinskis E, et al. Serotonin transporter gene and obese females with impulsivity *Mol Psychiatry* 2000; 7:829-30.
14. Akiskal HS, Khani MK. Cyclothmic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1979;2: 527-54.

15. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23: 68-73.
16. Akiskal HS, Akiskal KK, et al. TEMPS-A progress towards validation of a self- rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionarie. *J Affect Disord* 2005; 85:3-16.
17. Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, et al. TEMPS- I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *J. Affect Dissord* 1998;51:7-19.
18. Guillem F., Bicu M., et al. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, 56, 137- 147.
19. Kay SR., Fisbein A., et al. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-76.
20. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1994;53:31-40.
21. Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1990;16:537-45.
22. White L., Harvey PD., et al. *The PANSS Study Group*. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. *Psychopathology.* 1997;30:263-74.
23. Kay SR., Opler LA., et al. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Multi-Health Systems. Toronto, 2000.
24. White L., Harvey PD., et al. *The PANSS Study Group*. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. *Psychopathology.* 1997;30:263-74.
25. Klingberg S., Wittorf A., et al. Disorganization and cognitive impairment in schizophrenia: independent symptom dimensions? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:532-40.
26. Ventura J. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research.* 1998;79:163-173.
27. Ortega-Soto, Héctor A. y cols. Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos *Salud Mental* Vol.: 17(3):7-14, Septiembre, 1994.
28. Apiquián R., Tapia RO., y cols. Validez y confiabilidad de la escala de evaluación de manía. *Salud Mental* 1997; Vol. 20 (3): 23- 29.

29. Feinstein A. R. Clinical Epidemiology: The Architecture of clinical Research. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1985. Xii.
30. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
31. Bobes, J.B., A; Luque, Al. Y cols., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin, 2003. 120(18): p. 693-700.
32. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
33. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. Primary Psichiatty, 2006. 12(4): p. 73-82.
34. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? J Nerv Ment Dis, 2005. 193(3): p.170-5.
35. Vázquez G., Akiskal H. Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires). Rev. Arg. De Psiquiat. 2005. (16): p 89-94.
36. Akiskal HS, Mendlowicz M., et al. TEMPS- A: Validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. J. Affect. Disord 2005; 85: 45- 52.
37. Albores- Gallo L, Márquez- Caraveo M., y cols. ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. Salud Mental; 26 (3): 16- 26.
38. Sheehan D.V., Lecrubier Y., et al., Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. European Psychiatry 1997; 12: 232- 41.
39. American Psychiatric Association. DSM IV- TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson; 2002.
40. Kaplan and Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta/ Psiquiatría Clínica. 10a edición: Ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2010.
41. Akiskal HS, Mallya G: Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull 23:68-73, 1987.
42. Bowden C.L.The Burden of Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry. 2005; 66 (5): 3-4.