

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA "RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"

Validación de la escala AFECTS (Affective and Emotional Composite Temperament Scale) en español en pacientes con trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia y controles.

PROYECTO DE INVESTIGACION PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
QUE PRESENTA:

Emrys Pérez Gómez

DR. GERHARD HEINZE MARTIN

Tutor Metodológico

DR. FRANCISCO ROMO NAVA

Tutor Teórico

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.

INDICE

MARCO TEÓRICO	3
-Introducción	3
-Trastorno depresivo mayor	6
-Trastorno bipolar tipo I	11
-Esquizofrenia paranoide crónica	14
-Escala y temperamento	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	22
HIPÓTESIS	21
METODOLOGÍA	22
-Diseño del estudio	22
-Población en estudio; selección y tamaño de la muestra	23
-Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
-Variables y escalas de medición	26
-Escala e instrumentos de evaluación	27
-Procedimiento	30
-Análisis Estadístico	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
ORGANIZACIÓN	35
-Recursos humanos y materiales	35
-Evaluación de costos	35
-Cronograma de actividades	35
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES Y LIMITACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS I Y II	53
I. Consentimiento informado	53
II. Escala AFFECTS	59

MARCO TEÓRICO

Se entiende como escala al instrumento desarrollado por la epidemiología cuyo objetivo fundamental es construir la correlación de diversas entidades.¹ Su importancia en psiquiatría radica en la utilización de estos instrumentos para la recolección de información con el fin de cuantificar, universalizar y estandarizar los fenómenos que se asocian a la enfermedad mental.²

Existen diversos acercamientos biológicos hacia los padecimientos mentales, y debido a su complejidad, aún no es posible definir su etiopatogenia. Es por ello que la creación de instrumentos de medición (escalas) resulta de gran ayuda para estudiar sus características de una forma objetiva.² Las escalas se basan en la interpretación tanto del sujeto como del entrevistador, de sus percepciones, conductas y sentimientos, que se intentan hacer medibles otorgándoles cierto valor para reflejar satisfactoriamente el significado de lo que está midiendo. Una escala debe ser válida y confiable. Un instrumento es válido si mide lo que debe medir y a la precisión con la que el instrumento mide lo que mide, a esto se le llama confiabilidad.¹

El temperamento y el carácter son elementos de la personalidad que determinan gran parte de la conducta humana. Desde la época de Hipócrates y Galeno se ha clasificado el temperamento y se han postulado teorías como la de los cuatro humores: Sangre (Sanguinario), Bilis amarilla (colérico), Bilis Negra (melancólico) y Flema (flemático), que se utilizaba para identificar el funcionamiento del cuerpo y después se relacionó con el carácter y el temperamento humano.^{3,4} Allport en 1961 incluyó diversos fenómenos en dicho constructo entre los que destacan la susceptibilidad a la estimulación emocional, a su fuerza habitual, velocidad de respuesta, la calidad del talante prevaleciente, las fluctuaciones del mismo y la intensidad en su humor, considerándolos desde un origen constitucional y por tanto hereditario.^{5,6} Cloninger define el carácter como “autoconceptos y diferencias individuales en

metas y valores aprendidos socioculturalmente, que dirigen las decisiones e influyen en el significado que el individuo otorga a sus experiencias” y el temperamento como “respuestas asociativas de tipo automático a los estímulos emocionales básicos que originan la formación de hábitos y el desarrollo de habilidades”.^{7,8} Basados en un acercamiento neurobiológico y genético Cloninger en 1987 propuso el modelo tridimensional del temperamento en donde se correlacionaron las investigaciones previas en neuroquímica, genética y neuroimagen y su asociación con el temperamento, dando como resultado inicial tres dimensiones relacionadas con los sistemas de neurotransmisores: 1. Búsqueda de la novedad ligado a la función dopaminérgica, 2. Evitación del daño ligada a la serotonina, y 3. Dependencia de la recompensa y su asociación con la norepinefrina.^{9,10} Posteriormente se agregó una cuarta dimensión, la persistencia, sin embargo, no se ha explicado su correlación neurobiológica.⁵

Con el fin de evaluar el modelo de Cloninger este mismo autor desarrolló el instrumento denominado Inventario de Carácter y Temperamento validado en español y en México,^{11,12,13} que cuenta con 240 reactivos y cuya finalidad es describir componentes de la personalidad tanto patológica como normal.⁹ Algunas limitaciones que restringen el uso rutinario en la práctica clínica de dicho instrumento son la falta de identificación de individuos de alto riesgo para desarrollar trastornos del afecto y de la conducta, así como la complejidad del mismo instrumento.¹⁴

Tomando en cuenta los hallazgos por Cloninger y su acercamiento a la posibilidad de la existencia de marcadores biológicos sobre el temperamento,¹⁵ Akiskal correlacionó dicho modelo con las descripciones clínicas originales de Kraepelin que se basan en la existencia de 5 temperamentos que podrían predisponer al desarrollo de trastornos afectivos: el temperamento hipertímico, irritable, ciclotímico, ansioso y depresivo.^{16,17} Estas predisposiciones

afectivas están presentes muy a menudo en individuos que desarrollan trastornos afectivos, así como en sus familiares, con diferentes distribuciones de acuerdo al tipo de trastorno afectivo. En base a las asociaciones encontradas se desarrolló la escala para la medición del temperamento denominándola TEMPS-I (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Interview) con su versión modificada autoaplicable TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire) que intenta medir el temperamento afectivo, entendiendo este concepto como la manifestación subafectiva, subclínica de los trastornos afectivos y cuando se encuentran presentes en una manera dominante indican un incremento en el riesgo hacia la manifestación de trastornos del estado de ánimo.¹⁸ El TEMPS-A consiste en 110 ítems, incluyendo una subescala del temperamento ansioso; las escalas intentan no solo capturar los ritmos emocionales, cognitivos, sino también los ritmos psicomotores y circadianos que pueden predisponer a los trastornos del estado de ánimo.^{19,20}

Dado que Cloninger concibió el temperamento en una dimensión basada en emociones básicas y Akiskal en predisposición afectiva, Lara desarrolló una escala conjuntando estas dos dimensiones (afectiva y emocional) y la denominó CEATS (Combined Emotional and Affective Temperamental Scale).^{21,22,23} El constructo de temperamento afectivo y emocional lo conformó a partir de un modelo basado en “la ira y el miedo” proponiéndolas como las emociones básicas que regulan la inhibición y la iniciación de la conducta. Dichas emociones cuentan con factores genéticos y no genéticos. El principal correlato neurobiológico relacionado con la ira es su asociación con la función dopaminérgica y su regulación por sistemas que se llaman secundarios como el glutamatérgico, ambos implicados en las conductas agresivas.²³ El miedo se relaciona con un aumento en la función y biodisponibilidad del neurotransmisor serotonina

(evitación del daño), ya que una mayor implicación del sistema serotoninérgico predispone a rasgos de alto miedo.²⁴ La serotonina a su vez se ha asociado a la impulsividad temeraria y la noradrenalina a una alta distractibilidad y pobre desempeño. Este autor propone que el aumento o la disminución de las monoaminas dan como resultado la existencia de alta ira, baja ira y/o alto o bajo miedo, lo cual podría predisponer a algún trastorno afectivo.²² En base a estudios previos en la disfunción monoaminérgica en los diferentes trastornos afectivos, el autor infiere que podría existir una predisposición biológica a padecer los mismos.²⁵

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM).

Es un trastorno caracterizado por un estado de ánimo abatido aunado a otros síntomas como la pérdida de interés o de placer en hacer la mayoría de las cosas, fatiga, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, dificultad para pensar y concentrarse, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y pensamientos suicidas. Los trastornos depresivos afectan a uno de cada cinco mujeres y uno de diez hombres en algún momento de sus vidas. Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el 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 el 25 por ciento para las mujeres y entre el 5 y el 12 por ciento para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en la población general varía entre el 5 y el 9 por ciento para las mujeres y entre el 2 y el 3 por ciento para los varones.²⁶

En la depresión mayor se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales.

Evidencia genética. Los modelos de gemelos proveen evidencia fuerte de una contribución genética mayor al desarrollo de depresión. Sin embargo, la transmisión genética de la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos, incluida la depresión, claramente no sigue las simples leyes de Mendel de la herencia. En consecuencia, los investigadores han sugerido que los trastornos psiquiátricos podrían seguir un modo poligénico de herencia de la vulnerabilidad y/o involucrar influencias ambientales mayores.²⁷

Factores Biológicos. La hipótesis de las aminas biógenas se fundamenta en la observación de que la reserpina, alcaloide usado en el tratamiento de la hipertensión en los años 50, producía síntomas depresivos en un 15% de los pacientes tratados. Este efecto se asoció con una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica. Así mismo, las alteraciones neuroendócrinas contribuyen a la génesis biológica de la enfermedad depresiva. La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (CRH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de CRH es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía axial computarizada (TAC) ²⁸. La secreción normal de cortisol sigue un ritmo circadiano, alcanzando un pico máximo a las 8:00 AM, siendo menor en la tarde y en la madrugada. Este ritmo se encuentra alterado en el 50% de pacientes deprimidos, los cuales excretan grandes cantidades de cortisol a lo largo de todo el día, incluso mientras duermen. Los niveles de CRH se correlacionan con la depresión, pues la liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. Por esta razón, se infiere que la CRH y el sistema noradrenérgico se refuerzan entre sí. Las alteraciones del sistema inmune

se suman a las modificaciones neuroendocrinas de la depresión. Se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos. Estas pueden activar el eje HHS, directa o indirectamente. Directamente, a través de sus efectos sobre el CRH; indirectamente, por medio de la resistencia de los receptores a los glucocorticoides, inducida por citoquinas, originando hiperactividad del eje HHS y afectando así su inhibición por retroalimentación. Las citoquinas proinflamatorias, como la IL-6, pueden alterar los neurotransmisores en múltiples regiones del cerebro, debido a que esta última contribuye a reducir la disponibilidad de L-triptófano, disminuyendo así la disponibilidad de serotonina en el sistema nervioso central (SNC). Por otro lado, los receptores de citoquinas se expresan en neuronas del SNC, lo que genera la posibilidad de que las citoquinas funcionen como neurotransmisores y ejerzan efectos directos sobre el SNC²⁹.

Teoría neuroanatómica. Se ha pretendido darle una localización neuroanatómica a la depresión. Así, los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) y de resonancia magnética funcional (RMf) han determinado una posible alteración anatómica en la corteza prefrontal ventral a nivel de la rodilla del cuerpo calloso, alterada en los casos de depresión unipolar. Durante la fase depresiva de la enfermedad, la actividad en esta región disminuye. Esta disminución parece explicarse en gran parte por la reducción del volumen (45% aproximadamente) de la sustancia gris de esta zona de la corteza prefrontal. Esta región de la corteza prefrontal tiene extensas conexiones con otras regiones involucradas en la conducta emocional, como el núcleo amigdalino, el hipotálamo lateral, el núcleo accumbens y los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos del tronco encefálico. Las

personas con lesiones en éstas áreas presentan dificultades para experimentar las emociones²⁹.

Factores psicosociales. En este sentido, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen luego de algún acontecimiento estresante y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y disminución de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona se vuelve más vulnerable a padecer episodios depresivos posteriores, incluso sin factores estresantes externos. Los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión. Éstas situaciones comprenden la muerte de un familiar próximo o de un amigo, alguna enfermedad crónica en el mismo paciente o en un familiar, problemas interpersonales, dificultades financieras y divorcio, entre otras³⁰.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, muchas personas con trastornos del ánimo son incapacitados, y las tasas de suicidio (que se produce en aproximadamente el 15 por ciento de los pacientes depresivos) son altas en los jóvenes y en particular, los hombres de edad avanzada. Recientemente ha habido un aumento alarmante de las tasas de suicidio entre las mujeres de mediana edad. Aunque los trastornos depresivos son más comunes en las mujeres, la opinión tradicional de que más hombres que mujeres mueren por suicidio en porcentaje, es un dato que puede ser necesario tomar en cuenta con cautela.^{27, 31}

Diagnóstico. El diagnóstico de depresión consiste en una agrupación heterogénea y amplia de síntomas. En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versión IV texto revisado

(DSM IV-TR) se mencionan los criterios de un episodio depresivo mayor los cuales incluyen presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Dentro de los demás síntomas se incluyen: pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, agitación o enlentecimiento psicomotores casi diario, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Estos síntomas deben estar presentes por más de un mes y cada síntoma debe estar presente en la mayor parte de los días. Otros criterios incluyen: que los síntomas no deben de cumplir criterios para un episodio mixto, los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, no son debidos a efectos de alguna sustancia y no se explican mejor por la presencia de un duelo. Posteriormente ya que se identifica un episodio depresivo se puede clasificar por gravedad en leve, moderado y severo. Se considera un episodio leve cuando pocos o ningún síntoma, además de los necesarios para realizar el diagnóstico, provocan solo una ligera incapacidad laboral o en otra actividad; el episodio moderado cuenta con síntomas de incapacidad funcional entre leves y graves y se considera grave cuando los síntomas interfieren notablemente en las actividades globales del individuo⁵².

Tratamiento. El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico. Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados, pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad. Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno,

minimizar los efectos adversos del tratamiento así como restablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social.

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, con citas a consulta de vigilancia cada dos semanas durante las primeras seis semanas en el primer nivel de atención. Esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 40% (80% de mejoría para pacientes con triple manejo y 40% para pacientes sólo con manejo psicofarmacológico además de consultas mensuales)⁴⁸.

Pronóstico. El trastorno depresivo tiende a la cronicidad y los pacientes tienden a recidiva ya que éste no es un trastorno benigno. Los pacientes que han sido hospitalizados por un primer episodio de trastorno depresivo mayor tienen un 50 por ciento de posibilidades de recuperarse el primer año. El 25 por ciento de los casos tienen una recurrencia del trastorno depresivo mayor en los primeros 6 meses después de ser dados de alta del hospital, el 30 al 50 por ciento en los dos años siguientes y el 50 a 75 por ciento a los 5 años^{49,51}.

TRASTORNO BIPOLAR TIPO I (TBP I).

Consiste en la alternancia a lo largo de la vida, de fases de depresión, periodos de manía y episodios de completa normalidad. En las fases de manía, los pacientes se muestran excesivamente exaltados y pletóricos mientras que en las fases de depresión, el paciente sufre síntomas de tristeza e inhibición propios de los episodios depresivos mayores³¹.

Prevalencia. La prevalencia del trastorno bipolar I en las muestras de población general varía entre el 0.4% y el 1.6%.³⁰ El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos estima que cerca de 2.3 millones de norteamericanos adultos, que son cerca del 1.2% de la población

mayor de 18 años, presentan esta enfermedad. Los síntomas típicamente comienzan en la adolescencia o en la edad adulta temprana y continúan por el resto de la vida. Sin un tratamiento, el trastorno bipolar puede ser devastador. Las personas que lo padecen tienen mayor riesgo de abusar de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas. Además son 15 veces más propensas a cometer suicidio que el resto de la población. Tal vez debido a la dramática y a menudo fulminante naturaleza de la manía, la depresión es más frecuente que pase por alto en las facetas del trastorno bipolar. Y aunque la manía tiene mucho más probabilidad de requerir tratamiento hospitalario de emergencia, los episodios depresivos son más propensos a acelerar la mortalidad. En concreto, el trastorno bipolar se asocia a un riesgo 20 veces mayor de suicidio en comparación con la población general, y más del 70% de los suicidios ocurren durante la depresión. De hecho, las personas con trastorno bipolar pasan, en promedio, casi un tercio de su vida adulta con síntomas depresivos, que es de tres a cinco veces el número de días de manía o hipomanía⁵⁴.

Factores Genéticos. Muchos estudios, incluyendo algunos realizados en gemelos, han proporcionado fuerte evidencia acerca de algunos genes cruciales en la transmisión del trastorno bipolar. Las personas cuyo padre o hermano ha sufrido un trastorno bipolar tienen una probabilidad 10 veces mayor de desarrollarlo que el resto de la población y los gemelos tienen una probabilidad 80 veces mayor. Una mutación genética que ya ha sido identificada ocurre en un gen que codifica para la proteína G del receptor a la cinasa 3, una proteína importante en la regulación de la sensibilidad del cerebro a neurotransmisores^{47,58}.

Hallazgos de imagen. Se ha descubierto que la estructura y la función del cerebro de personas con trastorno bipolar difieren marcadamente de los de personas sanas. En personas con trastorno bipolar hay una disminución significativa en el tamaño de la amígdala. Este cambio en

el cerebro aparece tanto en adolescentes como en adultos, lo cual sugiere que es una característica que se desarrolla tempranamente en la enfermedad. Otros estudios han encontrado una disminución en la densidad de sustancia gris de los cerebros de personas con trastorno bipolar⁴⁷.

Diagnóstico. Los criterios para un episodio de manía requieren de la presencia de un periodo diferenciado de estado de ánimo anormal que dure al menos 1 semana, durante el cual han persistido tres o más síntomas como: autoestima exagerada, disminución de la necesidad del dormir, verborrea, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de la actividad intencionada, implicación excesiva en actividades placenteras; los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto, la alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral y los síntomas no son debidos a los efectos de una sustancia.

Tratamiento. Existe un consenso casi universal de que la monoterapia con un estabilizador del estado de ánimo es el tratamiento de primera línea para episodios depresivos moderados de trastorno bipolar I. La razón de esta estrategia es triple: los estabilizadores del ánimo tienen efectos modestos antidepressivos, no provocan viraje o ciclado, e incluso si no resulta eficaz como monoterapia se puede utilizar como profilaxis. El tratamiento depende mayormente de la fase en que se encuentre de la enfermedad (manía o depresión), así como del tipo de trastorno bipolar (I o II), las comorbilidades del paciente y la respuesta que tenga a los medicamentos de primera línea.^{28,53,55}

Pronóstico. Los pacientes con TBP I tienen un peor pronóstico que los pacientes con trastorno depresivo mayor. Del 40 al 50 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I tienen un segundo episodio de manía en los dos años siguientes al primer episodio. Los síntomas no

recurren en el 7 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I, el 45 por ciento tienen más de un episodio y el 40 por ciento tienen un trastorno crónico. Un tercio de todos los casos con trastorno bipolar I presentan síntomas crónicos e indicios de deterioro social significativo^{56,57}.

ESQUIZOFRENIA (EPC).

Es un desorden heterogéneo caracterizado por un rango de síntomas positivos y negativos, de los cuales el sustrato neurobiológico comienza a dilucidarse. Es una enfermedad que se inicia generalmente en la adolescencia tardía, y tiende a evolucionar hacia la cronicidad. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones cognitivas normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de ellas. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial, la percepción, el lenguaje, la comunicación y la organización del comportamiento. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional, de la fluidez verbal y la productividad del pensamiento y el lenguaje, y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo³¹. También muestran incapacidad para poner atención, la pérdida de las sensaciones placenteras al igual que la pérdida de la voluntad, la desorganización de pensamientos y el habla. Los síntomas varían en intensidad durante el tiempo, teniendo predominancia de alguno, en un momento específico. Las disfunciones cognoscitivas, incluyendo la disminución para poner atención, y las deficiencias de memoria, son un punto de atención, el cual predice las inhabilidades sociales de la persona. El comportamiento violento no es el común denominador de estas personas, pero es probable que los pacientes cometan actos violentos en respuesta a sus alucinaciones o por la frustración de su interacción social.

Prevalencia. En muchos estudios extensos han variado desde el 0.2% al 2.0%. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas áreas específicas. Teniendo en cuenta todas estas fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año.^{30,31} Tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, el inicio y la evolución de la enfermedad en ambos sexos difieren. Aproximadamente entre el 3% y el 10% de las mujeres con esquizofrenia presentan el inicio de la enfermedad después de los 40 años^{59,61}.

Factores Genéticos. Se ha encontrado un polimorfismo en el cromosoma 22 que afecta el metabolismo dopaminérgico, ésta relación llevó a pensar en la esquizofrenia como una manifestación de déficit en el funcionamiento elemental de los procesos cerebrales, los estudios se han facilitado observando ciertos efectos causados por drogas que disminuyen la neurotransmisión dopaminérgica, y en la actualidad las drogas antipsicóticas que alivian los síntomas disminuyen la neurotransmisión dopaminérgica, que a cambio disminuye el trastorno de atención que caracteriza a estos pacientes y también mejora la habilidad de percepción de estos⁶⁰.

Diagnóstico. Para el diagnóstico de la esquizofrenia no existe ningún síntoma o signo observado del trastorno ya que todo síntoma o signo observado en esta enfermedad se presenta en otros síntomas psiquiátricos y neurológicos, los síntomas de un paciente van cambiando a medida que pasa el tiempo y se tiene que tener en cuenta el nivel educativo del paciente, su capacidad intelectual y la pertenencia a un grupo cultural mayoritario o cultural.

Los antecedentes premórbidos habituales de la esquizofrenia, que no son invariables, ponen de manifiesto que los pacientes presentaban una personalidad esquizoide o esquizotípica.

Según el DSM IV TR los síntomas característicos para el diagnóstico de esquizofrenia tienen que ser dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia). Debe presentar disfunción laboral o social durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración, los síntomas deben por lo menos tener una duración de 6 meses, que el paciente no cuente con otro diagnóstico como trastorno esquizoafectivo o del estado del ánimo y que los síntomas sean debidos a alguna sustancia⁶⁰.

Tratamiento. Los antipsicóticos son el principal elemento terapéutico en la esquizofrenia, aunque también se ha demostrado que las intervenciones psicosociales pueden contribuir y en ocasiones incrementar la mejoría clínica de estos pacientes. La hospitalización está indicada para poder realizar el diagnóstico, para la administración de fármacos y por la seguridad del paciente ya que la mayoría de los primeros episodios psicóticos se presentan en la adolescencia y necesitan ser manejados en hospital.

En la fase aguda del padecimiento el tratamiento se centra en eliminar los síntomas psicóticos más graves como la agitación que pueden provocar las alucinaciones o ideas delirantes. En la fase estable o de mantenimiento los objetivos son evitar recaídas de los síntomas psicóticos y ayudar al paciente a mejorar su nivel de actividad⁶².

El primer aspecto asistencial con valor psicoterapéutico, a atender, tanto para la familia, como para el paciente, es la información detallada de la enfermedad y de lo que esta implica.

Pronóstico. En algunos estudios se ha demostrado que en el período comprendido entre los 5 y los 10 años después del primer ingreso en el hospital por causa de la esquizofrenia, únicamente un porcentaje aproximado del 10% al 20% de los casos pueden terminar con un desenlace favorable. Más de la mitad de los pacientes pueden presentar mal pronóstico. Entre el 20 % y el 30 % de los pacientes siguen padeciendo síntomas moderados, y entre un 40 % y un 60 % continuaran notablemente afectados. Los esquizofrénicos evolucionan mucho peor que los pacientes con trastornos del estado del ánimo⁶³.

ESCALAS Y TEMPERAMENTO

Debido a la influencia del temperamento en los trastornos psiquiátricos, sobre todo los trastornos afectivos y con la intención de generar un instrumento clínico basado en el modelo (bidimensional de ira y miedo), Lara en el año 2008, desarrolló la escala CEATS,³² la cual se divide en dos secciones; la emocional y la afectiva con un total de 31 reactivos que son autoaplicables y que permiten obtener la información necesaria desde una aproximación dimensional sobre el temperamento y por tanto, sobre la vulnerabilidad genética o no genética para la existencia de un trastorno afectivo, repercutiendo así sobre el tratamiento farmacológico y el pronóstico del mismo.^{33,34,35}

Dentro de las limitaciones clínicas de dicho instrumento (CEATS) se encontró que los enunciados se componen de varias descripciones poco claras en cuanto a la existencia o a la ausencia de dicha emoción.³⁵

Debido a estas limitaciones, se realizó una modificación a la escala CEATS, sobre todo en la parte emocional con una serie de adjetivos que se calificarían de una manera dimensional y más sencilla, y que permite una utilidad dentro de la práctica clínica. Esta nueva escala ha sido

denominada AFECTS (Affective and Emotional Composite Temperament Scale) la cual se ha validado en su versión portuguesa en Brasil, y en un esfuerzo de colaboración internacional, validaremos la escala AFECTS en su versión en español.

El modelo de la escala AFECTS esta fundamentado en la suposición de que el temperamento es un elemento clave para entender la salud mental y la patología. El concepto de temperamento tradicionalmente involucra emociones básicas y en esta escala se incluyen los mecanismos reguladores como el control, la sensibilidad a eventos ambientales y las habilidades de afrontamiento ya que son cruciales para la autorregulación emocional. En contraste con la evaluación de emociones específicas, el concepto de temperamento afectivo sintetiza y direcciona mejor los patrones del estado de animo. Las principales dimensiones emocionales son los dos ejes ortogonales de los opuestos complementarios de la activación (voluntad e ira) y la inhibición (miedo y cautela), los cuales son modulados por el control y el sistema en su conjunto tiene la sensibilidad para eventos ambientales y habilidades de afrontamiento. Las diferentes configuraciones de estas características emocionales producen los doce temperamentos afectivos categóricos (depresivo, ansioso, apático, ciclotímico, disfórico, volátil, obsesivo, eutímico, hipertímico, irritable, desinhibido y eufórico).³⁶

Sensibilidad, control y afrontamiento para la autorregulación y la resiliencia al estrés. Cualquier sistema vivo es sensible al estrés externo en cierto grado y tendrá que afrontarlo. La dimensión de sensibilidad refleja como alguien reacciona por lo general a estresores comunes, tales como eventos interpersonales (rechazo, crítica, frustración, presión, trauma y pérdida). El afrontamiento es el proceso de hacer frente a la adversidad y tiene gran implicación en la salud mental. El afrontamiento adaptativo conduce a largo plazo aprendizaje, madurez e inventiva y por el contrario, tener poca capacidad de afrontamiento lleva a desadaptación. La dimensión de

afrontamiento se refiere a como el individuo encara las adversidades, es capaz de encontrar soluciones y aprende con experiencia para convertirse en un ser mas adaptado. Con el fin de operar continua y coherentemente con el medio ambiente, la activación y la inhibición tienen que estar controladas y reguladas. El control y la regulación trabajan ajustando los subsistemas que tienen como blanco pero no proveen directamente el aporte energético al sistema. El concepto de control en el modelo del AFECTS involucra: i) monitoreo de el medio ambiente mediante la atención, ii) desarrollo de la conciencia y enfoque, determinación de valencia y planeación de estrategias; iii) el sentido de organización, deber y adecuación. El control junto con el afrontamiento ayuda a orientar la expresión de la activación, evitando la manifestación caótica y la mayoría de las veces destructiva de la ira. Sin embargo, el control en exceso puede llevar a reducir la flexibilidad y las intervenciones innecesarias.

La sensibilidad, el afrontamiento, el control y la inhibición tienen influencia en la activación. La voluntad es la energía intrínseca y estable que motiva a los individuos para llevar a cabo actividades en general, con énfasis en el proceso, favoreciendo logros a largo plazo. La voluntad en menor grado se expresa en tristeza y falta de energía. El deseo es energía máxima de corta duración dirigida a un estímulo externo favoreciendo la gratificación inmediata, lo cual ha sido esencial para garantizar la alimentación y la reproducción. La ira surge mayormente cuando se frustra el deseo o cuando algo indeseado sucede. La ira trabaja como una estrategia donde la energía es dirigida a sobrepasar las barreras que evitaron el cumplimiento del deseo o para pelear o contener con los resultados de lo indeseado.

El modelo de AFECTS permite entender como la mayoría de los síntomas y trastornos frecuentemente se sobreponen y se relacionan unos con otros. En cuanto a diagnósticos, por ejemplo, el trastorno limítrofe de la personalidad está estrechamente relacionado con el

temperamento ciclotímico y disfórico (por lo general con alta ira y sensibilidad y baja voluntad y afrontamiento), lo cual comúnmente se observa en casos de bulimia y trastorno por estrés postraumático. Desafortunadamente, los modelos categóricos actuales pasan por alto los rasgos en la evaluación de los trastornos del eje I y ofrecen un modelo pobre categóricamente para trastornos de personalidad, sin referencia teórica de normalidad o salud mental.³⁶

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es válida y confiable la versión en español de la escala AFECTS en población mexicana?

JUSTIFICACIÓN

Las versiones en español de diferentes escalas de evaluación para trastornos afectivos pueden ser usadas eficazmente en la población de habla hispana. La validación en México de la escala AFECTS será de utilidad en el campo de la práctica clínica y de investigación para conocer las características temperamentales y emocionales de la población sana y en sujetos con padecimientos mentales como el trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia. Debido a que el español es un idioma hablado por más de 352 millones de personas en el mundo, siendo la cuarta lengua más hablada, validar esta escala supondría una enorme ventaja para toda esta población. Su aplicación es muy sencilla ya que se trata de una escala autoaplicable que se contesta en un promedio de 20 a 30 minutos, brinda datos relevantes sobre el temperamento afectivo y emocional de un individuo de una manera sencilla y precisa. En esta escala se relaciona el sustrato biológico del temperamento tanto afectivo como emocional en sus diferentes presentaciones (eutímico, hipertímico, lábil, desinhibido, apático, disfórico, depresivo, ansioso, ciclotímico) con el desarrollo de algunos trastornos afectivos dependiendo del temperamento predominante de un individuo,³⁷ el cual dependerá de su predisposición genética³⁸ y en base a esto, investigar como predice el modelo teórico al que

responde la escala, las características medibles correlacionan con el origen neurobiológico teórico, y permitir identificar rasgos temperamentales y emocionales que compartan sustratos neurobiológicos y se relacionen a la respuesta terapéutica ya sea farmacológica (enfocada a los neurotransmisores involucrados directamente) o no farmacológica de los padecimientos, y su relación con las posibles comorbilidades psiquiátricas.^{39,40,41} A su vez, el AFECTS en su parte de temperamento emocional mide la voluntad, miedo, desinhibición y el control, y evalúa las ventajas o desventajas que el individuo percibe al predominar cualquiera de los temperamentos que conforman el modelo. Realizar la adaptación al español y en México de este tipo de instrumentos tiene la ventaja de evitar el largo proceso de crear una nueva y permite tomar los mismos valores de referencia de la construcción y validación del instrumento original. Contar con instrumentos en el idioma español constituye la base para realizar estudios multicéntricos dirigidos a investigar marcadores biológicos, genéticos y terapéuticos que puedan asociarse a los distintos temperamentos, y estos a su vez a ciertos trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor,⁴² esquizofrenia y trastorno bipolar.⁴³

HIPÓTESIS

La validez y confiabilidad de la versión en español de la escala AFECTS en México será similar a su versión original portuguesa en Brasil.

OBJETIVOS

General: Obtener la validez y confiabilidad de la escala AFECTS en español en México.

Específicos:

1. Comparar el desempeño de la escala AFECTS en español entre sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia y sujetos control.
2. Evaluar si existe correlación entre las características temperamentales y las variables clínicas y sociodemográficas de cada grupo de estudio.

METODOLOGÍA

1. Diseño de la investigación (según la clasificación de Feinstein).

- a. Propósito: analítico.
- b. Asignación de la gente: observacional.
- c. Seguimiento: transversal.
- d. Recolección de datos: prolectivo.

2. Población

Los sujetos control de población general se reclutaron por invitación abierta, y se les aplicó la escala AFECTS para la evaluación de características temperamentales.

Se reclutaron pacientes hombres y mujeres de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría con el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar I y trastorno depresivo mayor que participaron en el estudio “EVALUACIÓN SENSORIAL Y BIOQUÍMICA EN SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA” que se realizó en una colaboración entre la UNAM y el INPRFM.

3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión

Todos los participantes que sabían leer y escribir el idioma español y no tenían ningún impedimento físico para contestar la escala, y que aceptaron participar en forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

A) Grupo con trastorno depresivo mayor (TDM).

- Sujetos hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
- Diagnóstico en el momento de la investigación de TDM de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.
- Pacientes que aceptaron participar en forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.
- Puntuación de Hamilton para depresión menor de 7 puntos en los últimos 3 meses y por un periodo máximo de 12 meses.

B) Grupo de pacientes con trastorno bipolar tipo I en remisión de su último episodio afectivo (TBP I)

- Sujetos hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
- Diagnóstico de trastorno bipolar de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR al momento del estudio.
- Que el último episodio afectivo haya remitido por un periodo de mínimo 3 meses y máximo de 12 meses.

- Sujetos con un puntaje < 7 en la escala Hamilton para depresión al momento de evaluación.
- Sujetos con un puntaje escala de Young para manía < 9 puntos al momento de la evaluación.

C) Grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (ESQ)

- Sujetos hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
- Diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR.
- Escala PANSS con puntaje < 2 en todos los ítems, sin evidencia de haber cursado con mayor puntaje en los últimos 3 meses y por un periodo no mayor de 12 meses al momento del estudio.

D) Grupo de sujetos control

- Sujetos hombres o mujeres entre 18 y 40 años.
- Sujetos sin historia de trastorno neurológico o psiquiátrico.
- Sujetos que no habían recibido tratamiento psiquiátrico.

Criterios de exclusión de los grupos experimentales

1. Condiciones médicas que hubieran podido alterar la función cerebral incluyendo enfermedades cardiacas, endócrinas, renales, pulmonares, fracturas o cirugía nasal, pólipos nasales, rinitis alérgica.
2. Antecedente de traumatismo craneoencefálico que haya causado pérdida de la conciencia por un periodo mayor a 5 minutos o evento vascular cerebral.

3. Antecedente de tabaquismo crónico (que haya presentado alguno de los siguientes síntomas: ennegrecimiento de los dientes, aliento fétido, trastornos gástricos, temblores, palpitaciones, cardíacas, tos crónica).
4. Antecedente de abuso de estupefacientes (solventes inhalados, cocaína inhalada u otras que hayan afectado el sentido del olfato y gusto).
5. Que estuvieran bajo tratamiento de medicamentos como: carbamazepina, fenitoína sódica, lamotrigina, baclofeno, levodopa, acetazolamida, triptanos, glipizida, captopril, losartan y potasio, que se ha reportado alteran el sentido del gusto u olfato (ej. esteroides intranasales, vasoconstrictores).
6. En el grupo de sujetos con esquizofrenia; Escala de Calgary para depresión en esquizofrenia con puntaje < 5.
7. En los grupos de pacientes con padecimiento psiquiátrico, la comorbilidad con Trastorno obsesivo compulsivo, o Trastorno por estrés postraumático y trastornos de la conducta alimentaria.

Criterios de eliminación

1. Que hayan presentado una característica enunciada en criterios de exclusión durante el periodo de estudio.
2. Cuando no asistieron a las evaluaciones.
3. Los que retiraron el consentimiento informado.
4. No completaron las escalas.

4. Variables

En la siguiente tabla se enlistan las variables contenidas en el estudio, determinando su tipo y el instrumento de evaluación que se aplicó para medir a cada una.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Sociodemográficas Edad Sexo Escolaridad (en años)	Dimensional Categórica Dimensional	Formato de datos clínico demográficos
Diagnóstico T. depresivo mayor T. Bipolar Esquizofrenia	Cualitativa categórica dicotómica	MINI
Severidad Grado de depresión en TBP I y TDM Grado de depresión en esquizofrenia Presencia de síntomas negativos y positivos en esquizofrenia	Cuantitativa ordinal continua	Hamilton Depresión Calgary Depresión PANSS
Temperamento Temperamento afectivo y emocional	Cuantitativa ordinal continua	AFECTS

5. Escalas e instrumentos de evaluación

Formato de Datos Clínico-Demográficos (FDCCD)

El formato de datos clínico-demográficos se compone de diversos reactivos en donde se registra y concentra la información de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato se realizó un interrogatorio dirigido al paciente. La sección de "Datos Generales" contiene la ficha de

identificación del paciente, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio, el género, su estado civil, su escolaridad completa en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente") y su ocupación actual.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" se compone de algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica M.I.N.I., tales como el diagnóstico psiquiátrico principal, la edad de inicio del padecimiento y su cronicidad. La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV. La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva. Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de sí o no. La M.I.N.I. está dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias pregunta(s) / filtro(s) correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.⁶⁴

La escala de valoración de ***Hamilton para la evaluación de la depresión*** (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la

gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, 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 corte: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23.^{65,66}

La **Escala de Depresión de Calgary** (Calgary Depresión Scale for Schizophrenia, CDSS) es 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. 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). Es 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.^{67,68}

La **PANSS** consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categórica que lo que hace es clasificar 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 a un estado mental normal. Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems que evalúan el 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 que evalúan la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.). Esta prueba ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. El análisis factorial de esta escala ha puesto de manifiesto la existencia de 4 factores subyacentes que explicarían el 52,3 % de la variancia total. Los 4 factores son: negativo, positivo, excitación y depresión. El factor de excitación ha sido utilizado como medida de comportamiento agitado en los ensayos clínicos con distintos antipsicóticos. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 y + 42. No existen

puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles.⁶⁹

El **AFFECTS** está compuesta por una sección emocional y una afectiva y dos preguntas para evaluar problemas y beneficios asociados al temperamento. Cuenta de 62 reactivos en total y toma alrededor de 30 minutos contestarla. La *sección emocional* es una escala bipolar de 7 puntos para cada reactivo y consta de 48 reactivos divididos en 6 dimensiones de 8 preguntas. Las dimensiones fueron nombradas: Voluntad (reactivos 1-8), Ira (9-16), Inhibición (17-24), Sensibilidad (25-32), Afrontamiento (33-40) y control (41-48). El valor total de cada dimensión es la suma de los valores de 1 a 7 para cada pregunta así que los rangos son de 8 a 56. En la sección afectiva se presentaron doce temperamentos putativos con una escala de Likert de 5 reactivos, de “nada como yo” (con valor de 1) hasta “exactamente como yo” (con valor de 5). Otra pregunta señala seleccionar cual de los 12 perfiles fue el mejor en representar justo a la medida su temperamento, permitiendo una evaluación categórica. Al final consta de dos preguntas que valoran el grado de problemas o beneficios que la persona concibe tener con su temperamento con una escala de 4 puntos (no, mínimo, moderado y muchos problemas o beneficios, de 0 a 3). Los índices compuestos se crearon para una visión más sintetizada de los datos: el índice Global Emocional de Funcionamiento (FEG) se obtiene al sumar Voluntad + Control + Afrontamiento + Cautela (faceta de Inhibición) y restando Ira-Sensibilidad-miedo (faceta de Inhibición)+ 60 (valor rango de -52 a 236). El índice de Internalización: valor cuantitativo (de 1 a 5) de la suma de los temperamentos de depresivo + ansioso + apático (rango de 3 a 15). Índice de externalización: valores cuantitativos (de 1 a 5) de la suma de los temperamentos eufórico + irritable + desinhibido (rango de 3 a 15). Índice externalización-internalización: resta de índice de externalización – índice de internalización (rango de -12 a

12). Índice de inestabilidad: valor cuantitativo del resultado de sumar los temperamentos ciclotímico + volátil + disfórico - eutímico + 5 (rango de 3 a 19).^{36,37,39,40,41}

6. Procedimiento

Se llevó a cabo la traducción al español de la escala AFECTS en portugués por medio del método traducción-retraducción. Primero, se realizaron dos traducciones directas al castellano de la versión original portuguesa del cuestionario AFECTS por profesionales de la salud expertos en trastornos afectivos, así como alto conocimiento de la lengua portuguesa. Se obtuvo una versión consensuada posterior a ser revisada por otro profesional de la salud y el equipo investigador quienes corroboraron que las adecuaciones a la lengua fueran las adecuadas. A partir de la versión consensuada se llevó a cabo el proceso de retraducción. Después de la retraducción se clasificó cada ítem según la equivalencia conceptual y semántica respecto a la versión original para mejorar la equivalencia de la traducción. Una vez que se contó con la versión del AFECTS en castellano equivalente a la versión portuguesa se aplicó la escala a los participantes de población abierta para obtener su validez y confiabilidad, y al mismo tiempo se aplicó a los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y/o esquizofrenia y controles que participaron en el proyecto **“EVALUACIÓN SENSORIAL Y BIOQUÍMICA EN SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA”** para su validación.

El diagnóstico de depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia, se realizó de acuerdo a los criterios de la prueba Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) adaptada a población latinoamericana. Los investigadores clínicos tuvieron acceso a los datos del expediente clínico del Instituto Nacional de Psiquiatría de cada paciente. El grupo control se

reclutó mediante anuncios en la comunidad y fueron evaluados en el Instituto Nacional de Psiquiatría y pareados con los grupos de pacientes para edad, escolaridad y género. Al cumplir con los criterios de inclusión se les proporcionó la escala AFECTS para que la respondieran en la primera entrevista y se les citó posteriormente en un lapso no mayor a una semana para entregar la escala contestada completamente. Después de recabar aproximadamente un total de 441 escalas contestadas (91 pacientes y 350 controles) se procedió a realizar el análisis estadístico para la consistencia interna y confiabilidad de la misma.

7. 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.

Para evaluar la idoneidad de la base de datos para la implementación del análisis factorial se obtuvo el índice “Kaiser – Meyer – Olkin” (KMO), que sirve para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación general o simple con respecto a las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial. Si la suma de los coeficientes de correlación parcial elevados al cuadrado entre todos los pares de variables es bajo en comparación con la suma de los coeficientes de correlación al cuadrado, entonces el índice KMO estará próximo a uno y esto se considerará positivo e indicará que se puede continuar con el análisis factorial. Pero si se obtienen valores bajos con el índice KMO, entonces indica que las correlaciones entre pares de variables no pueden ser explicadas por las otras variables, y por lo tanto, no es factible llevar a cabo el análisis factorial ya que el índice KMO se alejará de cero. El valor de KMO de 0.6 o mayor es considerado aceptable para proceder a un análisis factorial

satisfactorio. También al comprobar si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad, es decir, que las intercorrelaciones entre las variables son ceros, se utiliza el “test de esfericidad de Bartlett”, el cual consiste en la distribución de Pearson, a partir de una transformación del determinante de la matriz de correlaciones. Si las variables no están intercorrelacionadas, entonces el test de Bartlett presenta una nube de puntos en forma de esfera dentro del espacio. El test de esfericidad de Bartlett se basa en que el determinante de la matriz es un índice de la varianza generalizada de la misma. Esto quiere decir que un determinante próximo a cero indica que una o varias de las variables independientes pueden ser expresadas como una combinación lineal de otras variables independientes. Para llevar a cabo este análisis es necesario que los datos procedan de poblaciones con distribución normal multivariable. Se pueden dar como válidos aquellos resultados que presenten un valor elevado del análisis y cuya fiabilidad sea menor a 0.05. La consistencia interna del AFECTS se obtuvo mediante el alfa de Cronbach. Se desarrolló un análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Las diferencias de género en cada dimensión emocional y tipo de temperamento afectivo fueron calculadas utilizando la t de Student para muestras independientes y la Chi Cuadrada (X^2), respectivamente. El grado de asociación entre los datos dimensionales con respecto a tipos afectivos fue calculado utilizando las correlaciones no paramétricas de Spearman.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La confidencialidad de los sujetos participantes fue protegida durante el estudio por los investigadores participantes.

El riesgo fue menor al mínimo de acuerdo a las especificaciones del comité de ética e investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría. Los pacientes se reclutaron de los servicios

de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría mediante la revisión de expediente clínico para establecer el diagnóstico psiquiátrico y se invitó a los pacientes a participar en el estudio. Se les brindó una explicación verbal inicial de los procedimientos a llevarse a cabo para la realización del estudio y, a aquellos que aceptaron participar, se les entregó un Consentimiento Informado en donde se especificó con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio. Se hizo una revisión personalizada de la carta de consentimiento con los pacientes para confirmar que el contenido del mismo, así como los procedimientos de la investigación, fueran comprendidos por los participantes. Una vez firmada la Carta de Consentimiento por aquellos pacientes que accedieron a participar, se les entregó la escala AFECTS para que la contestaran y de ser posible fuera entregada ese mismo día al investigador quien revisó que todos los reactivos estuvieran contestados así como los datos sociodemográficos, los cuales se utilizaron para fines de análisis estadístico. Una vez realizados estos procedimientos, los pacientes finalizaron su participación en el estudio, y se les indicó que continuarían con su proceso de atención en la Institución por medio del servicio de Consulta Externa. Los participantes de la población abierta fueron invitados en lugares públicos, participaron de forma voluntaria y sin remuneración alguna.

La información recabada durante la investigación se almacenó en los archivos del investigador responsable y únicamente los investigadores involucrados en el proyecto tuvieron acceso a esta información. Se protegió la identidad de los participantes asignándole un número de folio a cada participante.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría.

RESULTADOS

1. Características demográficas de la muestra

Se incluyeron un total de 441 sujetos, de los cuales el 58.7% (n=259) fueron mujeres y el 41.3% (n=182) fueron hombres, con una edad promedio de 32.9 ± 11.1 años (rango 17-60 años) y una escolaridad de 14.2 ± 4.6 años (rango 1-30 años). La edad en el grupo con EPC fue de 31.6 ± 6 (18-41 años), en TBP I 33.1 ± 6.2 (23-40 años) y en TDM 32.2 ± 6.7 (19-44 años). La escolaridad en los grupos con trastornos psiquiátricos fue para EPC 12 ± 3.5 (rango de 1-17 años), para trastorno bipolar 13.9 ± 4.5 (6-21) y para TDM 13.4 ± 3.9 (2-21). (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Distribución según edad y escolaridad. DS=desviación estándar.

	<u>Escolaridad</u> <u>Mínima (años)</u>	<u>Escolaridad</u> <u>Máxima (años)</u>	<u>Promedio</u> <u>(años)</u>	<u>DS</u> <u>(años)</u>
EDAD	17	60	32.92	11.1
ESCOLARIDAD	1	30	14.29	4.6

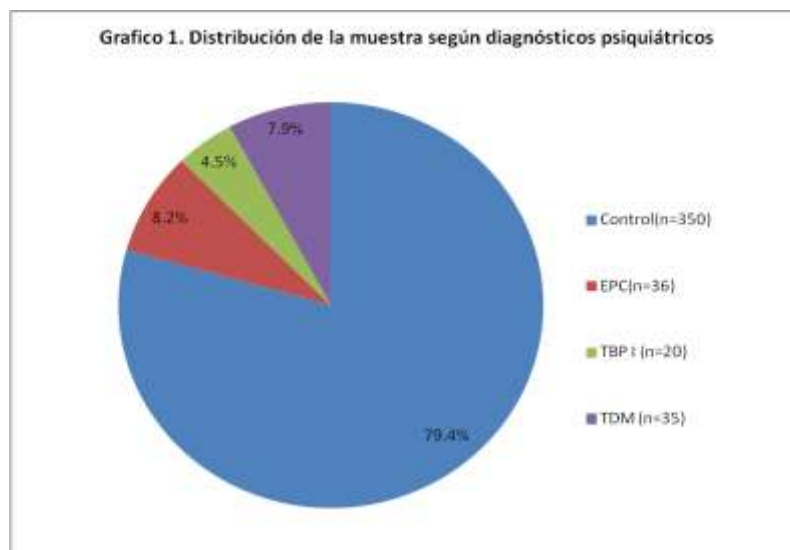
Tabla 2. Distribución según sexos.

<u>Sexo</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Masculino	182	41.3
Femenino	259	58.7
Total	441	100

2. Características clínicas de la muestra

Al momento de su inclusión en el estudio, el 79.4% (n=350) de los sujetos fueron controles, seguidos por el 8.2% (n=36) pacientes con esquizofrenia, el 7.9% (n=35) pacientes con trastorno depresivo mayor y el 4.5% (n=20) restante fueron pacientes con trastorno bipolar

tipo I (gráfica 1).



3. Sección Emocional

3.1. Análisis de unidimensionalidad y consistencia interna

Los coeficientes de alfa de Cronbach indicaron niveles aceptables de homogeneidad para todas las dimensiones del AFECTS: Sensibilidad, 0.87; Control, 0.91; Ira, 0.88; Voluntad, 0.92; Afrontamiento, 0.93; inhibición, 0.74; con un alfa de Cronbach total de 0.932 (tabla 3).

Tabla 3. Confiabilidad de temperamentos emocionales.		
Confiabilidad		
Temperamento emocional	Alfa de Cronbach	No. de reactivos
Voluntad	0.92	8
Ira	0.881	8
Inhibición	0.749	8
Sensibilidad	0.879	8
Afrontamiento	0.93	8
Control	0.914	8
Total	0.932	48

3.2. Análisis factorial exploratorio y consistencia interna

El valor KMO (.93) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0.001$) atestiguaron la idoneidad de los datos para la implementación del análisis factorial. Considerando los valores Eigen y el análisis factorial se revelaron 6 factores que representaron el 61.2% del total de la varianza después de la rotación. Los factores representaron para los reactivos de Sensibilidad (31.9% de varianza), reactivos de Control (13% de varianza), reactivos de Ira (5.8% de varianza), reactivos de Voluntad (4.5% de varianza), reactivos de Afrontamiento (3.2% de varianza) y reactivos de Inhibición (2.8% de varianza). La tabla 4 muestra el aproximado de la estructura de factor simple.

4. Sección Afectiva

Los temperamentos eutímico, hipertímico, obsesivo y ciclotímico fueron los más prevalentes (23-8.6%) y el volátil, depresivo, disfórico y apático como los menos prevalentes (5-3%).

5. Perfil emocional de los temperamentos afectivos

Cada temperamento afectivo se asoció con un perfil dimensional particular. La voluntad fue muy baja en los depresivos, en los apáticos y volátiles, pero alta en los eutímicos, hipertímicos y eufóricos. La ira tuvo bajas puntuaciones en los eutímicos, apáticos y desinhibidos, pero altas en los temperamentos disfórico, volátil, ciclotímico, irritable y eufórico. La inhibición fue mayor en los depresivos y ansiosos y menor en el eufórico y desinhibido. La sensibilidad fue mayor en el depresivo, apático y el ansioso, y menor en el

eutímico y desinhibido. El afrontamiento fue menor en el irritable, depresivo, apático, volátil, ciclotímico y disfórico y mayor en los hipertímicos y eutímicos. El control fue elevado en los obsesivos, hipertímicos, eutímicos, y en cifras menores lo tuvieron el apático y el disfórico. En la figura 1 se muestra el perfil emocional de los temperamentos afectivos categóricos.

6. Puntuaciones compuestas

La puntuación compuesta de la Función Emocional Global (FEG) se basó en las correlaciones de cada dimensión emocional con la puntuación de Adaptación (ventajas + puntuación inversa de los problemas con temperamento). Los temperamentos afectivos con el FEG más favorable fueron los hipertímicos, eutímicos, y los más bajos fueron los depresivos y volátiles.

La prevalencia de los temperamentos afectivos según el género fue similar, encontrándose con mayor frecuencia el temperamento eutímico y posteriormente el hipertímico, ciclotímico y obsesivo (gráfica 2).

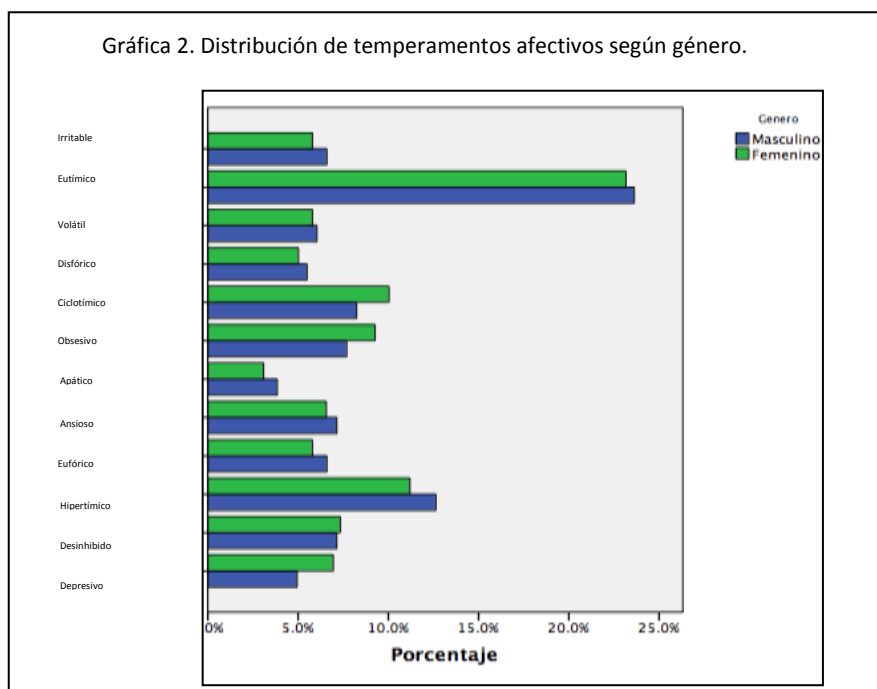
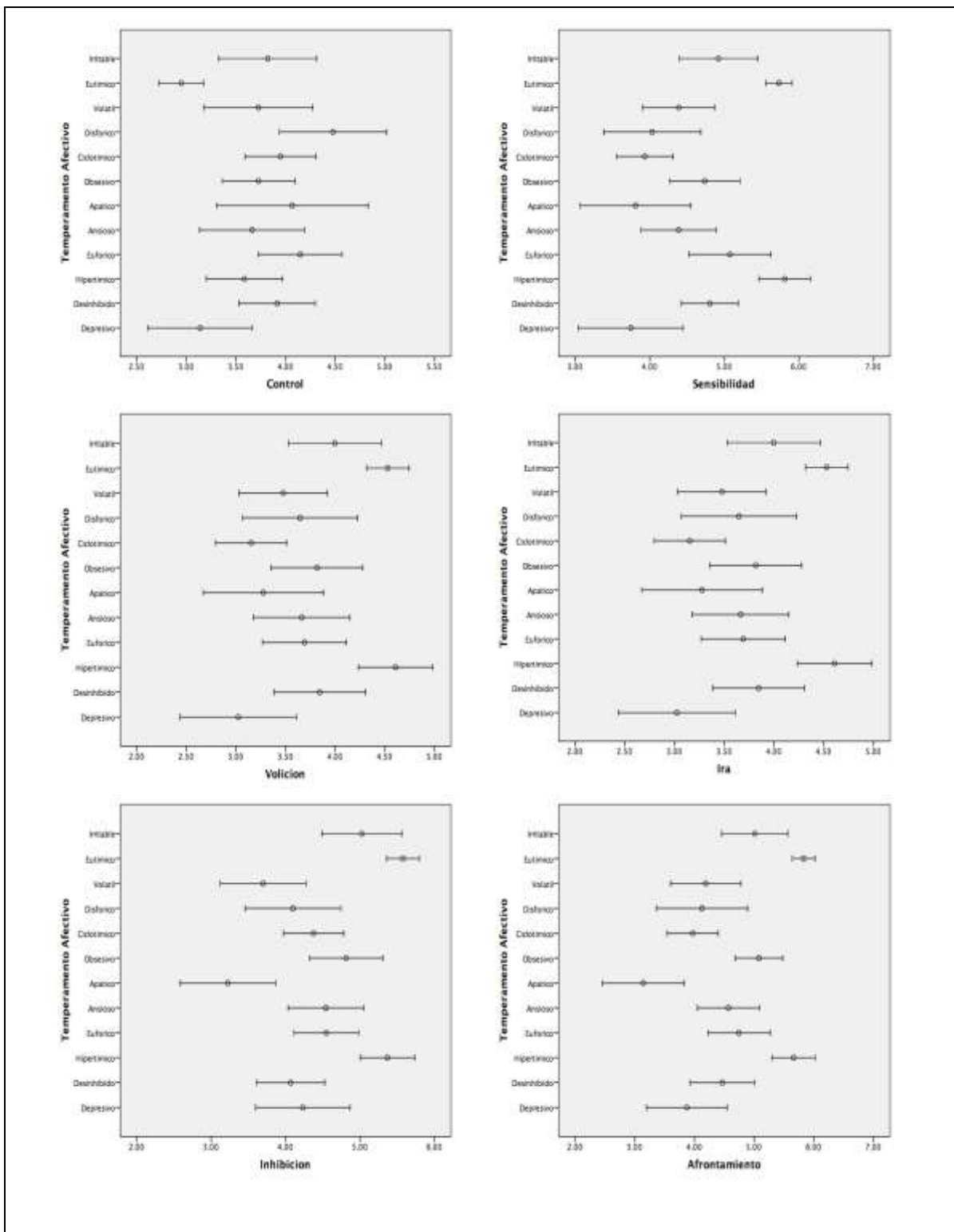


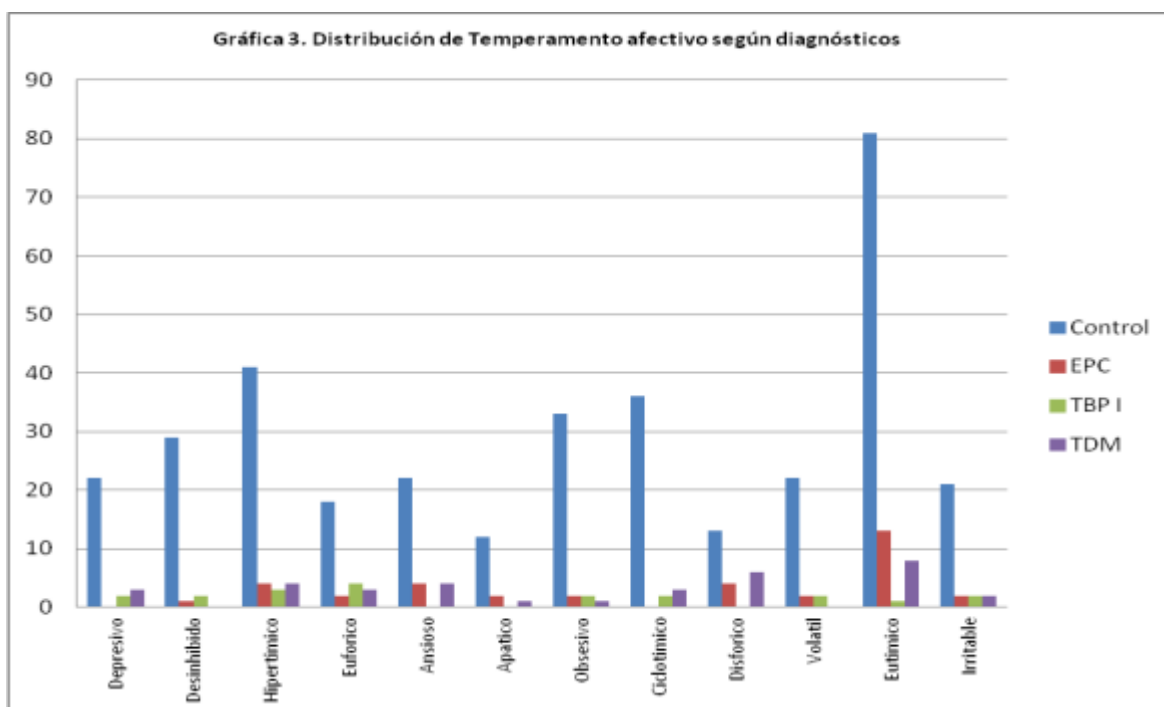
Tabla 4						
Estructura del análisis factorial exploratorio de la sección emocional del AFECTS						
	Factores					
	Sensibilidad	Control	Ira	Voluntad	Afrontamiento	Inhibición
Sensibilidad 1		0.666				
Sensibilidad 2		0.671				
Sensibilidad 3		0.708				
Sensibilidad 4		0.633				
Sensibilidad 5		0.665				
Sensibilidad 6		0.767				
Sensibilidad 7		0.683				
Sensibilidad 8		0.711				
Control 1					0.618	
Control 2					0.62	
Control 3					0.734	
Control 4					0.777	
Control 5					0.863	
Control 6					0.819	
Control 7					0.747	
Control 8					0.461	
Ira 1		0.413				
Ira 2					0.466	
Ira 3						
Ira 4						
Ira 5						0.591
Ira 6						0.676
Ira 7						0.658
Ira 8						0.712
Voluntad 1				0.665		
Voluntad 2				0.698		
Voluntad 3				0.721		
Voluntad 4				0.736		
Voluntad 5				0.64		
Voluntad 6				0.613		
Voluntad 7				0.455		
Voluntad 8				0.498		
Afrontamiento 1	0.681					
Afrontamiento 2	0.68					
Afrontamiento 3	0.764					
Afrontamiento 4	0.711					
Afrontamiento 5	0.677					
Afrontamiento 6	0.72					
Afrontamiento 7	0.627					
Afrontamiento 8	0.475					
Inhibición 1			0.564			
Inhibición 2			0.642			
Inhibición 3			0.743			
Inhibición 4			0.748			
Inhibición 5			0.779			
Inhibición 6			0.718			
Inhibición 7			0.65			
Inhibición 8			0.585			

Cargas factoriales arriba de 0.32

Figura 1. Perfil emocional de los temperamentos afectivos categóricos.



Los temperamentos afectivos en los 4 grupos que se aplicó la escala AFECTS se distribuyeron de la siguiente manera: el grupo control fue el que tuvo mayor número de eufímicos 23.1%(n=81), hipertímicos 11.7%(n=41), ciclotímicos 10.3%(n=36) y obsesivos 9.4%(n=33); el grupo de EPC, 36.1%(n=13) eufímico, hipertímico, ansioso y disfórico 11.1%(n=4); en el grupo de TBP I, eufórico 20%(n=4), hipertímico 15%(n=3) y depresivo, desinhibido, obsesivo, ciclotímico, e irritable 10%(n=2); y por último, en el grupo de TDM, eufímico 22.9%(n=8), disfórico 17.1%(n=6), ansioso e hipertímico 11.4%(n=4) (gráfica 3).



DISCUSIÓN

Es importante considerar que dentro del campo de la salud mental hay ciertos fenómenos que no son fáciles de explicar y por lo mismo medir y clasificar, como el temperamento, motivo por el cual el estudio y el esfuerzo para explicar dicho fenómeno siguen siendo una constante en el campo de la investigación. La escala AFECTS representa un esfuerzo para explicar y clasificar en base a propuestas neurobiológicas, neuroquímicas y conductuales los diferentes temperamentos que constituyen la personalidad. A lo largo del estudio sobre el temperamento se han creado diferentes escalas para clasificarlo, ya que ello constituye una herramienta importante para determinar cierto grado de predisposición genética a ciertos temperamentos que puedan ser más susceptibles a ciertos trastornos psiquiátricos, y de alguna manera proponer una intervención.

El principal objetivo planteado en el presente trabajo fue determinar la validez y la confiabilidad de la Escala AFECTS (Affective and Emotional Composite Temperament Scale) en una muestra de población general y psiquiátrica mexicana. El propósito de esta búsqueda se orienta a contar con un instrumento autoaplicable que contribuya a diferenciar los tipos de temperamentos en la práctica de la clínica psiquiátrica y en población general en México. Los resultados del estudio mostraron una consistencia interna del AFECTS elevada, con un alpha de Cronbach de 0.93, que coincide con los resultados de estudios previos.

La distribución de la muestra en cuanto a sexos tuvo poca diferencia, aunque la mayoría fue constituida por mujeres, debido a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en este grupo. En cuanto a la distribución por escolaridad se obtuvieron resultados correspondientes al promedio de la población general y pacientes psiquiátricos, sin que esto afectara de alguna

manera la precisión para contestar las preguntas ya que están estructuradas de una manera sencilla con indicaciones claras por lo que no implicaba gran dificultad el responderla.

Resultaron 6 factores de la dimensión emocional. El análisis factorial exploratorio identificó 6 factores altamente consistentes. El análisis factorial confirmatorio corroboró esta estructura de 6 factores considerando la inhibición como un factor de segundo orden y el miedo y la cautela como de primer orden. El primer factor, denominado *Sensibilidad* se valoró con algunos adjetivos como “optimista”, “alegre” y “motivado” para puntuaciones mayores lo cual establecía a mayor puntuación de estos reactivos menor sensibilidad a la crítica, como en los pacientes eutímicos, pero por el contrario los pacientes con temperamento depresivo, este factor emocional puntuó a la baja ya que son altamente sensibles a la crítica. El factor II mide el *Control* con la puntuación de adjetivos como “sereno”, “moderado”, “flexible”, “paciente”, “calmado”, “pacífico” y “controlado” siendo las puntuaciones menores las que reflejan un mayor control como en los pacientes obsesivos y ansiosos. El factor III mide la dimensión de la *Ira* con los adjetivos “miedoso”, “inhibido”, “preocupado”, “cuidadoso” y “prudente”, siendo las puntuaciones menores indicativas de mayor ira en los temperamentos depresivo, irritable y disfórico. El factor IV llamado *Voluntad* fue medido con las opciones de ciertas frases como: “rara vez me siento culpable”, “manejo bien el rechazo”, “manejo bien la crítica”, “manejo bien el estrés” y estos reactivos al puntuar valores más altos identificaron una mayor capacidad de voluntad para recuperarse de conflictos interpersonales y fue de mayor puntaje en los temperamentos hipertímico y eutímico. El factor V, el del *Afrontamiento* incluye frases como “asumo la responsabilidad de mis errores”, “resuelvo mis problemas personales tan pronto como me es posible”, “tengo facilidad en manejar mis problemas con la gente” y “aprendo de mis errores” lo cual al tener mayor puntuación indica una mayor capacidad de afrontar los

problemas personales e interpersonales, como lo mostraron los pacientes con temperamento hipertímico y eutímico. El factor VI llamado *Inhibición*, contiene los reactivos “indisciplinado”, “desorganizado”, “irresponsable” y “negligente” por mencionar algunos ejemplos, puntuando a la baja los temperamentos ansioso y depresivo los cuales se muestran altamente inhibidos en la interacción interpersonal. Esto establece las dimensiones afectivas que sustentan el constructo de esta escala para dar una aproximación de manera dimensional de los temperamentos, sin tener que clasificarlas categóricamente para no excluir aspectos importantes en cuanto a la presentación de ciertos trastornos psiquiátricos.

Al tomar en cuenta estos aspectos biológicos de la personalidad nos orienta a una identificación temprana de ciertos trastornos psiquiátricos ya que se encontró que los pacientes con trastorno depresivo por ejemplo se identificaron mayormente con el factor de inhibición e ira con puntuaciones altas y con los temperamentos eutímico, volátil, ansioso y desinhibido en orden de prevalencia ya que la mayoría estando en remisión total del episodio depresivo se identificaban mayormente con estos. Los pacientes con EPC aun cuando se encontraban sin síntomas positivos ni negativos de acuerdo a la evaluación de severidad tuvieron mayores puntajes en temperamento afectivo tipo eutímico, aunque no queda claro si esto pueda ser valido ya que la escala no fue planteada para este tipo de pacientes debido a la inestabilidad neuroquímica que presentan y los problemas afectivos de base que se manifiestan en el mismo. Los pacientes con TBP obtuvieron los resultados esperados ya que se identificaron mayormente con los temperamentos eufórico y desinhibido, estando en remisión del cuadro depresivo previo, pero en el temperamento emocional hubo mayor puntuación en la ira, voluntad y sensibilidad.

CONCLUSIONES

La escala AFECTS es un instrumento válido y confiable para la evaluación del temperamento en población mexicana con o sin diagnóstico psiquiátrico. Con este instrumento se podrá realizar un tamizaje inicial en pacientes psiquiátricos para obtener información acerca del temperamento emocional y afectivo lo cual facilitará la evaluación de las características de personalidad, además de ser una herramienta diagnóstica de gran utilidad por contar con bases neurobiológicas. También, se integrará como una contribución a diversas líneas de investigación relacionadas con ámbitos clínicos esenciales en la práctica médica que se desarrollan en nuestro país.

LIMITACIONES

Debido a que el AFECTS fue creado básicamente para medir los temperamentos afectivos en pacientes con trastorno afectivos presenta ciertas limitantes al aplicarla en pacientes donde su capacidad de introspección o de expresión del afecto pueda estar limitada como en los pacientes con esquizofrenia los cuales se incluyeron en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez G, Lopera J. Conceptos básicos de validación de escalas en salud mental, CES MEDICINA; 2002;16:31-39.
2. González-Santos L, Mercadillo A. Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (SCL 90) y del inventario de temperamento y carácter (ITC) Salud Mental 2007; 30:31-40.
3. Zuckerman M, Kuhlman M et al. A comparison of three structural models of personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 65: 757–768.
4. Cassimjee N et al. Temperament and character correlates of neuropsychological performance. *South African Journal of Psychology* 2010;40: 125-138.
5. Allport G, *Pattern and Growth in Personality*. New York, Holt;1961.
6. Cloninger R. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999;33:174-186.
7. Mardaga S, Hansenne M. Relationships between Cloninger's biosocial model of personality and the behavioural inhibition/approach systems (BIS/BAS). *Personality and Individual Differences* 2007; 42:715-722.
8. Peirson A, Heuchert J. The relationship between personality and mood: comparison of the BDI and TCI. *Personality and Individual Differences* 2001; 30:391-399.
9. Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975–990.
10. Rothbart M, Ahadi S et al. Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 2000; 78: 122-135.
11. Lara D, Pinto O, Akiskal K, Akiskal H. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. *J Affect Disord* 2006;94(1–3):67–87.
12. Cloninger R, Bayon C, & Svrakic M. Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*. Special Issue: Personality factors in affective disorders 1998;51: 21-32.
13. Sánchez de Carmona M, Paéz F, López J, Nicolini H. Traducción y confiabilidad del inventario de temperamento y carácter (ITC). *Salud Mental* 1996;19(Supl 3):5-9.

14. Akiskal H, Akiskal K, Haykal R, Manning J, Connor P. 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* 2005b;85:3–16.
15. Lara-Muñoz C, Feinstein A. How should quality of life be measured? *J Investigative Med* 1999;47(1):17-24.
16. Ghazinour M, Richter J. Anger related to psychopathology, temperament, and character in healthy individuals, an explorative study. *Social behavior and personality* 2009;37:1197-1212.
17. Jackson C, Smillie L. How introspections Concerning Cloninger's concepts of temperament and character influence Eysenckian personality structure. *Curr Psychol* 2008;27:257-276.
18. Paris J. Neurobiological dimensional models of personality: a review of the models of Cloninger, Depue and Siever, *Journal of Personality disorders* 19; 156-170, 2005.
19. Akiskal H, Mendlowicz M, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR et al. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord* 2005c; 85:45–52.
20. Maremmani I, Akiskal H, Signoretta S, Liguori A, Perugi G et al. The relationship of Kraepelian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *J Affect Disord* 2005;85:17–27.
21. Akiskal H, Akiskal K, Allilaire J, Azorin J, Bourgeois M et al. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French National Study. *J Affect Disord* 2005a;85:29–36.
22. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yuncu Z, Alkan M et al. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord* 2005;85:127–133.
23. Lara D, Akiskal H. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics and psychopharmacological treatment. *J Affect Disord* 2006;94:89–103.
24. Akiskal H. Characterologic manifestations of affective disorders: toward a new conceptualization. *Integr Psychiatr* 1984;2: 83–88.
25. Evans L, Akiskal H, Keck Jr P, McElroy S, Sadovnick A et al. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord* 2005;85:153–168.

26. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jun R, Merikangas K. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005a; 62:593–602.
27. Tsuang MT, Faraone SV. *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
28. Cochran SV, Rabinowitz FE. *Men and Depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press, 2000.
29. Rigucci S. et al. Anatomical and functional correlates in major depressive disorder: The contribution of neuroimaging studies. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2010; 11: 165-180.
30. Flores-Álvarez G et al. Esquizofrenia. En: *Neurobiología de los trastornos neuropsiquiátricos mas prevalentes en México*. Editor Raúl Mena López. Editorial Conacyt y Secretaria de Salud. 2009.pp 55-71.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, DC; 1994.
32. Lara D et al: Development and validation of the Combined Emotional and Affective Temperament Scale (CEATS): Towards a brief self-rated instrument. *Journal of Affective Disorders* 2008;111:320-333.
33. Akiskal H. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998;393:66–73.
34. Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006;92:35–44.
35. Sánchez-Moreno J et al. Proceso de adaptación al español de la Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego. Versión autoaplicada (TEMPS-A). *Actas Españolas Psiquiátricas* 2005;33(5):325-330.
36. Akiskal H, Placidi G, 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 Disord* 1998b; 51:7–19.
37. Minaya O, Fresán A, Lozaga C. Dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con primer episodio de depresión mayor. *Salud Mental* 2009;32:309-315.

38. Whittle S, Allen N, Lubman D, & Yücel M. The neurobiological basis of temperament: Towards a better understanding of psychopathology. *Neuroscience and Behavioural Reviews* 2006.; 30:511-525.
39. Cloninger R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry* 1987;44: 573-588.
40. Battaglia M, Przybeck T, Bellodi L, Cloninger R. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1996;37: 292–298.
41. Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S, Cloninger R, Nylander O. Bipolar disorder: I. Temperament and character. *J Affect Disord* 2004;82:131–134.
42. Gruzca R, Przybeck T, Spitznagel E, Cloninger C. Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *J Affect Disord* 2003;74:123-130.
43. Jensen H, Lillebaek T, Mortensen E. The dimensions of Personality: the relationship between the models of Eysenck and Cloninger. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 1999; 28:70-78.
44. Green MF. GAT are the functional consequences of deficits in schizophrenia? *Am J psychiatry* 1996;153:321-30.
45. E Vieta. Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En: J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2006. p. 513-39.
46. Nemeroff CB. The neurobiology of depression. *Sci Am*. 1998;278:42-49.
47. Strakowski S, DelBello M et al. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings, *Molecular Psychiatry* 2005; 10: 105–116.
48. Lebowitz BD, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278(14): 1186-1190.
49. Trivedi MH, et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *New England Journal of Medicine*, 2006; 354(12): 1243-1252.
50. Tsuang MT, et al. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004; 3(2): 73-83.
51. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 859-863.
52. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: A standard education for patients. *Br J Psychiatry* 1991;158:197- 200.

53. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord* 2004; 6: 530-539.
54. Shakir SA, Volkmar FR, Bacon S, Pfefferbaum A. Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 1979;136:455-6.
55. Thase M et al. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 558–572.
56. Robinson LJ et al. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disorders* 2006; 8:103-116.
57. Smith D. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 1-8.
58. O'Connell P et al. Developmental insanity or dementia praecox: was the wrong concept adopted? *Schizophr Res.* 1997;23(2):97-106.
59. Thompson A et al. Improving reliability of the assessment of the life course of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2010; 11:729-735.
60. Archer T et al. Clinical Staging in the pathophysiology of psychotic and affective disorders: facilitation of prognosis and treatment. *Neurotox Res* 2010; 18:211-228.
61. Leucht S et al. Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia. *International Journal of neuropsychopharmacology* 2011; 14:269-284.
62. Van Der Gaag M et al. Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 59-65.
63. Reynolds CF III, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 2006; 1130-1138.
64. Ferrando L, Franco-Alfonso, M et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 22-33
65. Ramos-Brieva J. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986; 324-334.
66. Ramos-Brieva J. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988; 21-28.
67. Addington D et al. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1993; 39-44.

68. Sarró S et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004; 349-356.
69. Kay SR et al. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 261-276.

ANEXOS

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se utilizará el consentimiento informado del proyecto “EVALUACIÓN SENSORIAL Y BIOQUÍMICA EN SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN, TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA” que realiza la UNAM junto con INPRFM.

Número de identificación	Iniciales Investigador	Fecha
_____	_____	_____
		DD/MM/AAAA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:

Evaluación sensorial y bioquímica en sujetos con diagnóstico de Depresión, Trastorno bipolar, Esquizofrenia y sujetos Control.

PACIENTES

Esta es una invitación para que usted participe de manera **voluntaria** en el estudio arriba indicado. Por favor lea la siguiente información cuidadosamente antes de decidir si quiere o no participar.

Los padecimientos mentales como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y la esquizofrenia se han relacionado a alteraciones en el funcionamiento de varias regiones cerebrales y otros procesos metabólicos. En estudios realizados por otros investigadores, se ha documentado que los pacientes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia presentan alteraciones en el olfato, y posiblemente en otros sentidos como el del gusto. Así mismo, se piensa que en estos padecimientos, algunos aminoácidos, hormonas esteroides (necesarios para muchos procesos cerebrales y de otros órganos) e interleucinas (proteínas que regulan las respuestas inmunológicas del cuerpo) involucrados en el funcionamiento del cerebro pero medibles en sangre, se encuentran en concentraciones diferentes que en los sujetos que no tienen los padecimientos.

El propósito de este estudio es evaluar la función olfatoria y gustativa, así como medir concentraciones en sangre de unos aminoácidos en sangre de personas con el diagnóstico de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, y sujetos sanos para poder conocer si existen diferencias entre los grupos.

Su participación en el estudio no le brindará a Usted un beneficio directo, y no modificará su diagnóstico, tratamiento o evolución.

Con este estudio podremos determinar si la capacidad olfatoria y gustativa de los grupos con alguno de los padecimientos mentales que estudiaremos, es diferente a la población que no tiene el padecimiento, y usted conocerá si ha perdido la capacidad gustativa y olfatoria. De poder documentarse una diferencia, este estudio podría guiar líneas de investigación para conocer el efecto de estos padecimientos en la percepción del gusto y olfato en la población mexicana, y abrir la posibilidad de utilizar estas pruebas como métodos de ayuda en el diagnóstico y seguimiento de las personas con estos padecimientos.

Si usted decide participar en el estudio, se le realizará una evaluación psiquiátrica por medio de una entrevista, durante la cual se le harán preguntas con respecto a las características de los síntomas de su padecimiento por medio del Instrumento M.I.N.I. 5.0., así como de su personalidad por medio de un inventario de temperamento y carácter. (Aproximadamente le tomará 1 hora y media).

En una segunda cita se le tomará una muestra de 17 ml de sangre en ayuno, cantidad que no implica un riesgo para Usted, y que permitirá medir las concentraciones de los aminoácidos, interleucinas y hormonas esteroides a estudiarse. Una vez obtenidas las muestras, estas serán analizadas en la Facultad de Medicina de la UNAM. Posterior a la toma de sangre se realizarán las pruebas olfatorias y gustativas (en el transcurso de la mañana de esta segunda cita).

La batería olfatoria presentada al paciente no representa ningún riesgo debido a que los olores presentados no son del tipo tóxicos, se presentan olores florales, frutales u olores relacionados con alimentos. Existen personas que pueden ser sensibles a las concentraciones manejadas en este estudio y las molestias que pueden surgir son: saturación del olfato y desagrado a algún tipo de olor.

Por otro lado, las pruebas gustativas no representan ningún riesgo ya que se evaluarán sustancias de grado alimenticio que están presentes en los alimentos (que proporcionan el gusto dulce, salado, ácido y amargo) en concentraciones aún mayores a las usadas en este estudio.

En caso de que usted desarrolle alguna molestia además de las descritas, un profesional de la salud estará en todo momento para auxiliarle. Los investigadores estarán con Usted en todo momento para indicarle los pasos necesarios a realizar en cada evaluación.

Su participación en el estudio es **voluntaria**, y cualquier cita o evaluación relacionada con el estudio es completamente libre de costo para Usted. Su participación y los datos que se obtengan durante esta son estrictamente confidenciales. Además, si decide participar, es libre de abandonar el estudio en cualquier momento sin incurrir en ningún tipo de penalidad. Usted no recibirá pago por su participación. No habrá cambio de atención médica si no participa o deja de participar en algún momento. Los resultados del estudio le serán comunicados directamente, y en caso necesario se le comunicarán a su médico tratante para darle seguimiento.

En caso de detectarse algún padecimiento o condición que requiriera atención médica adicional, esto le será comunicado a Usted y a su Médico tratante para que se le de seguimiento.

Puede usted preguntar a su médico todo lo que considere necesario antes de acordar su participación en este estudio, así como en cualquier momento durante el curso del mismo. Su médico le informará detalladamente todo lo concerniente a su salud, sus derechos, así como los riesgos y beneficios relacionados con su participación. En caso necesario, y para aclarar cualquier duda, podrá ponerse en contacto con:

Dra. Claudia Becerra Palars Tel: 41-60-52-23

Dra. Doris Gutiérrez Mora Tel: 41-60-54-42

Dr. Raúl Escamilla Orozco Tel; 41-60-54-42

Dr. Ricardo Saracco Alvarez Tel; 41-60-54-42

Su identificación será conservada como **información confidencial**. Sus datos serán identificados únicamente con un código numérico. Los resultados de este estudio podrán ser publicados sin descubrir su identidad. Su expediente médico, sin embargo, estará disponible para revisión por los Dres. Ricardo Saracco, Doris Gutiérrez, Raúl Escamilla y Claudia Becerra Palars.

Yo _____

El (la) abajo firmante, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio de investigación. Confirmando de esta manera que he leído y entendido toda la información relacionada con este estudio y que el médico ha contestado apropiadamente todas mis preguntas.

Cumplo los requisitos y deseo participar en el estudio.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA	FECHA Y LUGAR
---------------------	-------	---------------

NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA	FECHA Y LUGAR
-------------------	-------	---------------

TESTIGO DE LA	FIRMA	FECHA Y LUGAR
---------------	-------	---------------

PRESENTACIÓN ORAL

 TESTIGO

FIRMA

FECHA Y LUGAR

Número de identificación

Iniciales Investigador

Fecha

DD/MM/AAAA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:

Evaluación sensorial y bioquímica en sujetos con diagnóstico de Depresión, Trastorno bipolar, Esquizofrenia y sujetos Control.

SUJETOS CONTROL

Esta es una invitación para que usted participe de manera **voluntaria** en el estudio arriba indicado. Por favor lea la siguiente información cuidadosamente antes de decidir si quiere o no participar.

Los padecimientos mentales como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y la esquizofrenia se han relacionado a alteraciones en el funcionamiento de varias regiones cerebrales y otros procesos metabólicos. En estudios realizados por otros investigadores, se ha documentado que los pacientes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia presentan alteraciones en el olfato, y posiblemente en otros sentidos como el del gusto. Así mismo, se piensa que en estos padecimientos, algunos aminoácidos, hormonas esteroides (necesarios para muchos procesos cerebrales y de otros órganos) e interleucinas (proteínas que regulan las respuestas inmunológicas del cuerpo) involucrados en el funcionamiento del cerebro pero medibles en sangre, se encuentran en concentraciones diferentes que en los sujetos que no tienen los padecimientos.

El propósito de este estudio es evaluar la función olfatoria y gustativa, así como medir concentraciones en sangre de unos aminoácidos en sangre de personas con el diagnóstico de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, y sujetos sanos para poder conocer si existen diferencias entre los grupos.

Su participación en el estudio no le brindará a Usted un beneficio directo.

Con este estudio podremos determinar si la capacidad olfatoria y gustativa de los grupos de pacientes con alguno de los padecimientos mentales que estudiaremos, es diferente a la población que como

Usted no tiene el padecimiento, y usted conocerá su capacidad gustativa y olfatoria. De poder documentarse una diferencia, este estudio podría guiar líneas de investigación para conocer el efecto de estos padecimientos en la percepción del gusto y olfato en la población mexicana, y abrir la posibilidad de utilizar estas pruebas como métodos de ayuda en el diagnóstico y seguimiento de las personas con estos padecimientos.

Si Usted decide participar en el estudio, se le realizará una evaluación psiquiátrica por medio de una entrevista, durante la cual se le harán preguntas con respecto a las características de los síntomas que corresponden a los padecimientos mentales más frecuentes por medio del Instrumento M.I.N.I. 5.0., así como de su personalidad por medio de un inventario de temperamento y carácter. (Aproximadamente le tomará 1 hora y media).

En una segunda cita se le tomará una muestra de 17 ml de sangre en ayuno, cantidad que no implica un riesgo para Usted, y que permitirá medir las concentraciones de los aminoácidos, interleucinas y hormonas esteroides a estudiarse. Una vez obtenidas las muestras, estas serán analizadas en la Facultad de Medicina de la UNAM. Posterior a la toma de sangre se realizarán las pruebas olfatorias y gustativas en el Instituto Nacional de Psiquiatría (En el transcurso de la mañana de esta segunda cita).

La batería olfatoria presentada al paciente no representa ningún riesgo debido a que los olores presentados no son del tipo tóxicos, se presentan olores florales, frutales u olores relacionados con alimentos. Existen personas que pueden ser sensibles a las concentraciones manejadas en este estudio y las molestias que pueden surgir son: saturación del olfato y desagrado a algún tipo de olor.

Por otro lado, las pruebas gustativas no representan ningún riesgo ya que se evaluarán sustancias de grado alimenticio que están presentes en los alimentos (que proporcionan el gusto dulce, salado, ácido y amargo) en concentraciones aún mayores a las usadas en este estudio.

En caso de que usted desarrolle alguna molestia además de las descritas, un profesional de la salud estará en todo momento para auxiliarle. Los investigadores estarán con Usted en todo momento para indicarle los pasos necesarios a realizar en cada evaluación.

Su participación en el estudio es **voluntaria**, y cualquier cita o evaluación relacionada con el estudio es completamente libre de costo para Usted. Su participación y los datos que se obtengan durante esta son estrictamente confidenciales. Además, si decide participar, es libre de abandonar el estudio en cualquier momento sin incurrir en ningún tipo de penalidad. Usted no recibirá pago por su participación. No habrá cambio de atención médica si no participa o deja de participar en algún momento. Los resultados del estudio le serán comunicados directamente, y en caso necesario se le comunicarán a su médico tratante para darle seguimiento.

En caso de detectarse algún padecimiento o condición que requiriera atención médica adicional, esto le será comunicado a Usted, y será asesorado para acudir a la Institución de Salud correspondiente.

Puede usted preguntar a los investigadores todo lo que considere necesario antes de acordar su participación en este estudio, así como en cualquier momento durante el curso del mismo. Su médico le informará detalladamente todo lo concerniente a su salud, sus derechos, así como los riesgos y beneficios relacionados con su participación. En caso necesario, y para aclarar cualquier duda, podrá ponerse en contacto con:

Dra. Claudia Becerra Palars Tel: 41-60-52-23

Dra. Doris Gutiérrez Mora Tel: 41-60-54-42

Dr. Raúl Escamilla Orozco Tel; 41-60-54-42

Dr. Ricardo Saracco Alvarez Tel; 41-60-54-42

Su identificación será conservada como **información confidencial**. Sus datos serán identificados únicamente con un código numérico. Los resultados de este estudio podrán ser publicados sin descubrir su identidad. Su expediente médico, sin embargo, estará disponible para revisión por los Dres. Ricardo Saracco, Doris Gutiérrez, Raúl Escamilla y Claudia Becerra Palars.

Yo _____

El (la) abajo firmante, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio de investigación. Confirmando de esta manera que he leído y entendido toda la información relacionada con este estudio y que el médico ha contestado apropiadamente todas mis preguntas.

Cumplo los requisitos y deseo participar en el estudio.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA	FECHA Y LUGAR
---------------------	-------	---------------

NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA	FECHA Y LUGAR
-------------------	-------	---------------

TESTIGO DE LA	FIRMA	FECHA Y LUGAR
---------------	-------	---------------

PRESENTACIÓN ORAL

TESTIGO	FIRMA	FECHA Y LUGAR
---------	-------	---------------

II. Escala AFECTS

Nombre:

Edad:

Género: () F () M

AFECTS – ESCALA DE TEMPERAMENTO

1. Marque la opción que mas correctamente corresponde a la forma en que Usted es y actúa en general (Marque solo una opción por línea). No hay respuestas correctas o equivocadas, responda de acuerdo a como Usted es y no de acuerdo a como le gustaría ser. Abajo hay un ejemplo de alguien que se siente moderadamente confiado.

		Mucho	Algo	Un Poco	Neutral	Un Poco	Algo	Mucho	
	EJEMPLO						X		
	Inseguro								Confiado
1	Pesimista								Optimista
2	Difícilmente siento placer								Fácilmente siento placer
3	Triste								Alegre
4	Tengo baja autoestima								Tengo alta autoestima
5	Soy indiferente a actividades nuevas								Me emociono con las actividades nuevas
6	Desmotivado								Motivado
7	Me faltan objetivos y fuerza de voluntad								Tengo objetivos y fuerza de voluntad
8	Soy desganado y con poca energía								Soy activo y energético
9	Sereno								Arrebatado
10	Moderado								Vivo en los extremos
11	Flexible								Obstinado
12	Paciente								Impaciente
13	Calmado								Irritable
14	Pacífico								Agresivo
15	Controlado								Explosivo
16	Confío en la gente								No confío en la gente
17	Miedoso								Atrevido
18	Inhibido								Espontáneo
19	Preocupado								Despreocupado
20	Me congelo en situaciones de peligro								Reacciono rápido en situaciones de peligro
		Mucho	Algo	Un Poco	Neutral	Un Poco	Algo	Mucho	

		Mucho	Algo	Un Poco	Neutral	Un Poco	Algo	Mucho	
21	Cuidadoso								Descuidado
22	Pienso antes de actuar								Impulsivo, actúo sin pensar
23	Prudente								Imprudente
24	Evito tomar riesgos								Me gusta tomar riesgos
25	Me culpo fácilmente								Rara vez me siento culpable
26	Manejo mal el rechazo								Manejo bien el rechazo
27	Soy sensible a la crítica								Manejo bien la crítica
28	Fácilmente me lastiman emocionalmente								Difícilmente me lastiman emocionalmente
29	Me resulta difícil superar traumas								Me resulta fácil superar traumas
30	Soy sensible al estrés								Manejo bien el estrés
31	Funciono mal bajo presión								Manejo bien la presión
32	Tengo baja tolerancia a la frustración								Tengo alta tolerancia a la frustración
33	Culpo a otros por mis errores								Asumo la responsabilidad de mis errores
34	Trato de huir de mis problemas								Enfrento mis problemas
35	Espero que mis problemas se resuelvan solos								Procuro resolver mis problemas
36	Dejo que mis problemas personales se acumulen								Resuelvo mis problemas personales tan pronto como me es posible
37	Tengo dificultad en manejar mis problemas con la gente								Tengo facilidad en manejar mis problemas con la gente
38	Tengo dificultad para encontrar soluciones								Tengo facilidad para encontrar soluciones
39	Tiendo a repetir mis errores								Aprendo de mis errores
40	El sufrimiento me ha hecho mas frágil								El sufrimiento me ha hecho mas fuerte
41	Me es difícil poner atención								Fácilmente pongo atención
42	Distraído								Enfocado
43	Planeo actividades mal								Planeo actividades bien
44	No termino tareas								Termino incluso tareas largas
45	Desorganizado								Organizado
46	Indisciplinado								Disciplinado
47	Irresponsable								Responsable
48	Negligente								Perfeccionista
		Mucho	Algo	Un Poco	Neutral	Un Poco	Algo	Mucho	

2. Para cada descripción de abajo marque la que mejor corresponde a su forma de ser (marque solo una opción):

A. Tengo una tendencia a la tristeza y la melancolía, veo poca gracia en las cosas; tiendo a no valorarme; no me gustan mucho los cambios; prefiero escuchar que hablar.

Nada como yo Exactamente como yo

B. Me preocupo mucho y soy muy cuidadoso; a menudo me siento inseguro y aprehensivo; Temo que cosas malas vayan a pasar, e intento evitar situaciones de riesgo; siempre estoy alerta y vigilante.

Nada como yo Exactamente como yo

C. Tengo poca iniciativa; a menudo me desconecto de lo que otros dicen o hacen; a menudo fallo al terminar lo que he empezado; tiendo a ser pasivo y un poco lento.

Nada como yo Exactamente como yo

D. Soy dedicado, demandante, perfeccionista, esmerado y rígido; necesito tener el control de las cosas; no manejo bien la incertidumbre y los errores.

Nada como yo Exactamente como yo

E. Mi humor es impredecible e inestable (alto y bajo); cambia rápidamente o fuera de proporción a los hechos; tengo periodos de mucha energía, entusiasmo y agilidad que alternan con otras fases de pereza, pérdida de interés y desaliento.

Nada como yo Exactamente como yo

F. Tengo una fuerte tendencia a sentirme agitado, tenso, ansioso y enojado al mismo tiempo.

Nada como yo Exactamente como yo

G. Soy disperso, inquieto, desorganizado y me distraigo fácilmente; a menudo hago las cosas sin pensar en las consecuencias, soy inoportuno y me doy cuenta cuando es demasiado tarde; rápidamente pierdo interés, y a menudo no termino lo que he empezado.

Nada como yo Exactamente como yo

H. Mi humor es balanceado y predecible, suele cambiar sólo cuando hay una razón clara; tengo buen ánimo y en general, me siento bien conmigo mismo.

Nada como yo Exactamente como yo

I. Soy muy franco, directo y determinado, pero también enojón, explosivo y suspicaz.

Nada como yo Exactamente como yo

J. Soy inquieto, activo, espontáneo y distraído; a menudo actúo de forma precipitada y hago cosas con descuido; a menudo dejo las cosas a última hora; cuando me irrito, pronto estoy bien de nuevo.

Nada como yo Exactamente como yo

K. Estoy siempre de buen ánimo, me siento seguro y me divierto fácilmente; me encanta la novedad; hago muchas cosas sin cansarme; persigo lo que quiero hasta conseguirlo; tengo una fuerte tendencia al liderazgo.

Nada como yo Exactamente como yo

L. Soy expansivo, rápido, intenso y hablo mucho; tengo muchas ideas y fácilmente me distraigo; soy precipitado, explosivo e impaciente; tomo riesgos al tenerme demasiada confianza o emocionarme; me excedo en cosas que me son placenteras; no me gustan la rutina y las reglas.

Nada como yo Exactamente como yo

3. Elija la descripción (de la A a la L) de la pregunta 2 de arriba que sea más cercana a su perfil (solo una alternativa). Por favor lea cuidadosamente aquellas descripciones que le quedan mejor antes de escoger la alternativa.

A B C D E F G H I J K L

4. ¿Hasta qué punto ha tenido problemas personales o pérdidas debido a su estado de ánimo habitual, su forma de ser y comportarse?

Ningun problema Muchos problemas

5. ¿Hasta qué punto ha obtenido beneficios y ventajas personales debido a su estado de ánimo habitual, su forma de ser y comportarse?

Ninguna ventaja Muchas ventajas