

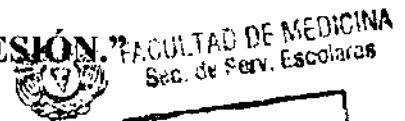
11241
23

1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
NOMBRE DEL PROYECTO:

**“EL MODELO DE PERSONALIDAD DE EYNSECK EN RELACIÓN
CON LA INTERFASE ANSIEDAD-DEPRESIÓN.”**



FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Escolares
ABR. 26 2001

Nombre del alumno: DR. JOSÉ LUIS VALLE BENITEZ

TUTORES

Dra. Elizabeth Brunner Reynolds.
(Metodológico)

Dr. Humberto Nicolini Sánchez.
(Teórico)

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

292631

2001



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

	PAGINA
I. RESUMEN.....	3
II. MARCO TEORICO.....	4
III. JUSTIFICACION.....	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V. OBJETIVOS.....	12
VI. METODOLOGIA.....	13
VII. RESULTADOS.....	20
VIII. DISCUSION.....	26
LX. BIBLIOGRAFIA.....	30

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron, describir el inventario de personalidad de Eysenck (IPE) entre pacientes con depresión mayor pura, trastorno por ansiedad puros, formas comórbidas y trastornos mixtos de ansiedad y depresión (TMAD); segundo, comparar el perfil de personalidad entre pacientes con depresión mayor pura, trastorno por ansiedad puras, formas comorbidas y TMAD; tercero, correlacionar el perfil del IPE con la severidad de síntomas ansiosos y depresivos.

Una muestra de 94 hombres y 198 mujeres con una edad promedio de 33.3 ± 9.8 años (rango 18 a 54 años) completaron el estudio de tipo transversal. Se aplicó la entrevista semiestructurada para el DSM-III-R (SCID) únicamente la sección de ansiedad y depresión; el inventario de depresión de Beck (IDB) y el IPE.

En conclusión nuestro estudio, nos reportó lo que la literatura mundial menciona en relación a factores de riesgo para los cuadros depresivos y ansiosos; y que los trastornos depresivos son más frecuentes que los ansiosos.

En cuanto a la interfase ansiedad-depresión encontramos un porcentaje importante de casos ansiosos-depresivos, lo que provee una evidencia positiva de la presencia de este padecimiento.

En cuanto al IPE observamos que la escala de neuroticismo (N) fue la que se presentó más elevada en los trastornos de ansiedad y depresión. Un hallazgo importante es el haber encontrado que la comorbilidad de trastornos de ansiedad y depresión presentan, elevada de manera significativa la escala de N, lo cual podría sustentar la presencia de la interfase ansiedad-depresión, pero se requieren más investigaciones en relación a lo que reportamos. Por último observamos que la escala de N en nuestro estudio, fue el mejor predictor para la severidad de los síntomas ansiosos y depresivos.

MARCO TEÓRICO

Para Katon y Roy-Byrne (1), la relación entre depresión y ansiedad ha sido controversial por muchos años, debido ello primordialmente, a la ambigüedad inherente a ambos términos.

La clara definición de ciertas condiciones clínicas, tales como la depresión mayor (DM), el trastorno de pánico (TP) y la ansiedad generalizada (TAG), pronto pusieron de manifiesto la alta comorbilidad entre dichos trastornos. Si se toma en cuenta la evolución longitudinal de ambos trastornos se encuentra que de 40 a 80% de los pacientes con trastorno de pánico han padecido un trastorno depresivo mayor (2-3), mientras que por lo menos 25% de los pacientes con depresión han tenido el diagnóstico de trastorno de pánico en algún momento de sus vidas (4).

Los datos de historia familiar e índices biológicos, claramente indican que los pacientes con depresión mayor pura, sin trastornos asociados, así como el trastorno de pánico puro pudieran representar entidades diagnósticas bien definidas (5-6). Sin embargo, la definición de la interfase es un tópico más complejo.

La discusión sobre la existencia del trastorno mixto ansioso depresivo TMAD como una categoría separada ha implicado posiciones encontradas. Preskerson y Fast (7) cuestionan, no solo a la forma misma de establecer los diagnósticos en psiquiatría (utilizando categorías basadas casi siempre en evaluaciones transversales), sino también la necesidad de "crear" nuevas categorías "mixtas". Ellos se preguntan si la creación de estas categorías mixtas no viene a confundir y a "enriquecer" los "botes de basura" en los que se incluyen una gran cantidad de pacientes que simplemente no cuadran en los diagnósticos categóricos clásicos (léase a todos los trastornos "no especificados" o NOS por sus siglas del inglés "not otherwise specified"). Discuten la dificultad que plantean estas categorías

mixtas para conducir trabajos de investigación adecuados que permitan establecer la validez propia de la categoría a través de estudios de riesgo y fisiopatológicos.

Para Boulenger y Lavallée (8), es necesario distinguir los siguientes cuatro subgrupos para dimensionar adecuadamente la situación que existe en la interfase ansiedad-depresión:

- a) Pacientes portadores de síntomas, tanto depresivos como ansiosos, pero que nunca cumplieron con criterios completos para algún trastorno dentro de algún sistema de clasificación.
- b) Pacientes que cumplen en forma completa y comórbida los criterios, tanto para el diagnóstico de depresión mayor como el de algún trastorno por ansiedad (específicamente TP o TAG).
- c) Pacientes que cumplen con los criterios completos para uno de los trastornos (depresión o ansiedad) y además tienen síntomas asociados del otro trastorno (ej. depresión mayor con algunos síntomas ansiosos).
- d) Pacientes que han tenido, en forma crónica, síntomas de ansiedad y depresión sin llenar los criterios, pero que alguna vez en la vida tuvieron historia de un trastorno depresivo mayor (TDM) o un TP o TAG.

La descripción clínica del TMAD de acuerdo a la OMS (9) es como sigue: "una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de igual importancia asociados con, por lo menos, algunos síntomas autonómicos como temblor, palpitaciones, malestares abdominal y que se relacionan a casos vistos en el encuadre de la atención primaria o en la población general. Dichos casos son frecuentes y los pacientes pueden sufrir de por lo menos algún grado de disfunción."

Es claro que esta definición está relacionada con la primera de las definiciones de Boulanger y Lavallee (8).

Existen dos modelos conceptuales opuestos, así como un tercero que adopta una posición intermedia para definir como se relacionan la ansiedad y la depresión. a) la ansiedad y la depresión son variantes de un mismo trastorno que difiere cuantitativamente

(modelo unitario)(10); b) la ansiedad y la depresión son trastornos distintos que difieren cualitativamente (modelo pluralístico)(11); y c) la relación entre ansiedad y la depresión se da como una mezcla de dos síndromes, fenomenológicamente diferentes de la ansiedad primaria o la depresión primaria (posición ansioso-depresiva)(12).

La heterogénea naturaleza de la depresión, sugiere que los factores de personalidad son una variable en la etiología y síntomas de presentación de la enfermedad (13).

Diversas investigaciones informan que pacientes con algún tipo de depresión, presentan mayor vulnerabilidad de acuerdo con su personalidad (14). Por esto numerosos estudios que han encontrado datos similares(14,15) se inclinan hacia un polo neurótico y han correlacionado esto en la clínica, con el diagnóstico de depresión neurótica.

Estudios formales con el IPE en pacientes deprimidos han encontrado como característica de personalidad el N (17) . Algunos estudios en pacientes con depresión endógena encontraron bajo neuroticismo (18,19) y alta extraversión (E) (19) . Otros estudios de N y E han fracasado en discriminar entre tipos de depresión. Adicionalmente un estudio de Grove y col (20), reporta altos niveles de N en un grupo de pacientes con depresión. Dugan y col (21) realizaron un estudio de N como un marcador vulnerable para depresión en un estudio familiar. Reportaron una importante asociación de N con historias y cuadros de DM, mencionando que la recurrencia de episodios depresivos mayores, se asocia con un incremento en los puntajes de N del IPE. Estos autores concluyen que N puede ser un marcador vulnerable para la depresión.

En pacientes con TP y agorafobia(A) se han observado rasgos de trastornos de personalidad como la evitación, el histrionismo y en menor grado de trastorno límite de la personalidad (22,23). En una investigación realizada por Mavissakalian y col. (24) reportan rasgos de trastornos de personalidad con TP y A, y observaron que cuando se trata el trastorno de ansiedad, también mejora la personalidad; además reportan que los rasgos de personalidad evitativa quizás sean características perdurables de los TP (25). De cualquier modo el enlace entre el TP/A y los trastornos de personalidad no es muy específico, por

que perfiles de personalidad similares pueden ser diagnosticados heterogéneamente en pacientes sin enfermedad o con DM, fobia social (FS) o trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (23,26). Rasgos semejantes de N, estrés, humor disfórico y sensibilidad interpersonal son mejores predictores de rasgos de personalidad que la severidad y sintomatología de los TP y la fobia (F)(27).

Mavissakalian y col (27) estudiaron trastornos de personalidad en cuadros de TAG, pánico con agorafobia (PA) y TOC. Inicialmente reportaron que con la aplicación del IPE, el N y la extraversión (E) eran similares a excepción del TOC donde se observaron con mayor intensidad. Los autores explican que este hallazgo esta en función de la intensidad de la sintomatología en el TOC. En este mismo estudio se observo la relación entre TAG y la personalidad, se reporta que los resultados fueron similares a los padecimientos estudiados. Para finalizar los autores concluyen que estos hallazgos proporcionan una fuerte evidencia que une a los trastornos de ansiedad y rasgos de personalidad típicos, por la presencia de características comunes de personalidad y ansiedad.

Existe otro estudio realizado por Savastano y col (28) que evaluó a 50 pacientes con enfermedad de Meniere, rasgos de personalidad y ansiedad-depresión. Reporta que a la aplicación del IPE se observaron altos niveles de N y psicoticismo (P) y un anormal comportamiento enfermizo. Los autores mencionan que los rasgos de ansiedad y personalidad influyeron en el desarrollo anormal del comportamiento de estos enfermos.

Como se ha observado existen diversos estudios que mencionan rasgos de personalidad característicos en los cuadros de ansiedad.

En algunos pacientes los síntomas mixtos de depresión y ansiedad que no cumplen criterios diagnósticos, con frecuencia se asocian a rasgos patológicos de la personalidad. En un estudio epidemiológico realizado por Katon y col (1) se aplicó una entrevista estructurada, el IPE y una escala de locus de control, encontrando que el diagnóstico a lo

largo de la vida de dos o más trastornos de ansiedad o depresión, estaban asociados, con puntuaciones anormales de N en la escala de IPE .

Se han realizado diversos estudios con instrumentos clinimétricos que tratan de determinar una personalidad característica en los trastornos depresivos-ansiosos, una de las escalas más utilizadas es el inventario de personalidad de Eysenck (IPE).

El IPE fue estandarizado en Inglaterra (29) y a partir de entonces un número considerable de estudios transculturales, han establecido que las escalas del IPE pueden ser aplicadas en otros países(29). El cuestionario está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: neuroticismo (N), psicoticismo(P) y extraversión (E). El modelo puede considerarse como jerárquico ya que describe tres grandes dimensiones, que subdivididas en niveles más bajos, evalúan rasgos más específicos que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción o en instancias conductuales(30). La medida en que pueden considerarse estas tres dimensiones como las más básicas o elementales, dependerá del nivel que se escoja para describir la personalidad. Este instrumento es el apropiado para estudiar la personalidad a un nivel elevado de la jerarquía. Según los autores, a este nivel de “super rasgos” es más fácil obtener replicas entre sexos, edades, métodos y cuestionarios.

Las tres dimensiones que mide el instrumento N,P,E, se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es de naturaleza psiquiátrica. Las escalas también difieren mucho de aquellas que miden patología como las del MMPI, en tanto que las escalas del IPE se refieren a aquellos rasgos de personalidad que subyacen a la conducta, los cuales se consideran patológicos solamente entre los casos extremos(30). Por lo tanto, se prefiere usar los términos emocionalidad a N y dureza a P. Una cuarta escala de deseabilidad social o de mentiras (L), intenta medir una intención de falsificar las respuestas.

Los propósitos de los estudios transculturales realizados por Eysenck y sus col(31,32,33), sean resumido en tres puntos. En primer lugar, establecer que los cuatro factores que incluyen el IPE pueden ser medidos adecuadamente en otros países y otras culturas. El segundo ofrecer a esos países guías validas y apropiadas de calificación para cada escala. En tercero, llegar a cabo comparaciones transculturales de las normas de las escalas, entre Inglaterra y el país en el que sé esta aplicando, usando por supuesto, solo los reactivos que ambas escalas tienen en común.

El IPE ya sea usado en otros países latinoamericanos de habla hispana(31,32,33). En México Eysenck, Lara y col.(33) realizaron un estudio transcultura de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses.

Los objetivos de este estudio fueron, primero, obtener la validez de constructo y la confiabilidad del IPE en una población de adultos mexicanos; segundo, comparar los resultados obtenidos en México con los de Inglaterra y, tercero, obtener una versión válida para México del IPE.

Tomaron una muestra de 474 hombres y 514 mujeres mexicanas, de 36.99+- 15.45 y 38.14+-15.23 años, respectivamente que completaron el instrumento traducido al español.

La comparación de los factores, usando el procedimiento de componentes principales y extrayendo los primeros cuatro factores, de P,E,N y L les dio como resultado una gran similitud entre México e Inglaterra, siendo sus valores de 0.91 a 0.97. Introduciendo algunos cambios en la calificación de las escalas para México, produjo coeficientes de confiabilidad bastante aceptables en un rango de 0.68 a 0.67, al mismo tiempo que mostró que las diferencias entre los sexos fueron hacia la dirección usual, según lo que reportaron otros países; por ejemplo, los hombre obtuvieron calificaciones mayores que las mujeres en P pero menores en N y L. Por otra parte las correlaciones entre las escalas mostraron valores razonablemente bajos. Las comparaciones entre los países,

usando únicamente los reactivos que tanto las escalas mexicanas e inglesas tuvieron en común, mostraron que los sujetos mexicanos obtuvieron puntuaciones mayores en E y L, y solo un poco más altas en P, que su contraparte inglesa; y más bajas en N, únicamente las mujeres.

Finalmente los autores concluyeron que los resultados obtenidos sugirieron que el IPE puede ser utilizado en México con la línea de calificación apropiada.

JUSTIFICACION

Los trastornos por ansiedad y depresión son los de mayor prevalencia en la población general. La sintomatología y los trastornos tienen altos índices de presentación conjunta, y se discute si se trata de entidades separadas o si son expresiones diferentes de una misma vulnerabilidad.

El presente estudio pretende aportar información de la posible diferenciación entre formas puras y comórbidas de trastornos mentales completos (definidos por un sistema de clasificación) y el trastorno propuesto como trastorno mixto ansioso depresivo. La forma como se pretende cumplir con esta tarea será mediante la comparación de rasgos de personalidad entre estas diferentes formas clínicas de presentación, para establecer si ciertos factores de personalidad que se asumen presentes y desarrollados a lo largo de la existencia del individuo, se comportan en forma distintiva entre las categorías de diagnóstico bajo estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la diferencia en el perfil de personalidad de Eynseck entre los pacientes con trastorno mixto por ansiedad y depresión, con depresión mayor solamente, con trastornos por ansiedad solamente y con formas comorbidas de trastornos ansiosos y depresivos?.

OBJETIVOS

- 1.- Describir el perfil de personalidad de Eynseck entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.
- 2.- Comparar el perfil de personalidad de entre pacientes con depresión mayor pura, trastornos por ansiedad puros, formas comórbidas y trastorno mixto de ansiedad y depresión.
- 3.- Correlacionar en forma bivariada y multivariada el perfil de personalidad de Eynseck con la severidad de síntomas ansiosos y depresivos.

METODOLOGÍA

a) Diseño

Se planteo la realización de un escrutinio transversal.

b) Universo y muestra

Se planteo la evaluación de 300 sujetos que acudan en forma consecutiva a la consulta externa del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con una queja sintomática primaria de depresión o ansiedad. Finalmente se evaluó a 292 pacientes.

c) Criterios de selección

*** Inclusión.**

- 1) Pacientes portadores de síntomas de ansiedad o depresión o ambos que ameritaron tratamiento.
- 2) Cualquier sexo.
- 3) Que sabían leer y escribir.
- 4) Que aceptaron participar en el estudio.

*** Exclusión**

- 1) Presencia de algún trastorno psicótico primario, trastorno por abuso de alcohol o drogas.

d) Variables e instrumentos

1) DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.

Se estableció el diagnóstico usando la entrevista semiestructurada para el DSMIII-R,(SCID). Se aplicó únicamente las secciones de ansiedad y depresión. Los casos que calificaron como depresión no específica y ansiedad no específica recibieron una sección adaptada de los criterios del DSMIV para el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

La entrevista clínica estructurada para el DSMIII-R (SCID) es una entrevista semiestructurada para hacer los principales diagnósticos del eje I y el eje II. La aplica un clínico o profesional de la salud mental que esta familiarizado con la clasificación y los criterios del DSMIII-R.(34).

Los usos clínicos del SCID pueden ser en dos formas principales:

- 1) El clínico hace una entrevista típica y luego usa una parte del SCID para confirmar y documentar sus diagnósticos presuncionales del DSMIII-R.
- 2) Se aplica la totalidad del instrumento como procedimiento para tomar la historia clínica, asegurándose así que todos los diagnósticos principales del eje I y el eje II sean evaluados sistemáticamente.

Los tres estudios típicos del SCID en la investigación son: 1) para seleccionar la población de un estudio;2) para excluir sujetos con ciertos trastornos; 3) para hacer diagnósticos actuales y anteriores de una población bajo estudio(35).

Confiabilidad y validez

En virtud de que el SCID no es una entrevista completamente estructurada y que requiere de juicio clínico del entrevistador, su confiabilidad depende mucho de las circunstancias particulares de su uso.

La versión inicial del SCID del eje I se basó en los datos de 506 pares de entrevistas realizadas en seis sitios diferentes en un estudio de confiabilidad del SCID usando un método de aplicación-replicación(36). Una prueba muy estricta del SCID se hizo con sujetos seleccionados al azar, donde los entrevistadores no tuvieron acceso a los expedientes clínicos ni contacto con el equipo terapéutico.

Las Kappas del SCID del eje I variaron mucho en relación al diagnóstico del sitio de estudio, pero generalmente estas variaciones estuvieron entre las reportadas con otros instrumentos psiquiátricos, tales como el inventario para la entrevista diagnóstica (DIS) del Instituto Nacional de Salud Mental(37) y el inventario para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS)(38). Las kappas para el SCID-II en 226 sujetos fueron similares a las kappas de aplicación-replicación reportada para otros instrumentos de evaluación de la personalidad (PDE) (39) y la Entrevista Estructurada para Trastornos de Personalidad (SCID-P) (40).

2) INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYNSECK.

Se aplicará el inventario de Personalidad de Eynseck (IPE) que ha sido validado para México (33) el cual consta de 81 reactivos de autoaplicación.

El cuestionario está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N); Psicoticismo (P) y Extraversión(E). Las escalas del IPE se refieren a aquellos rasgos de personalidad que subyacen a la conducta, las cuales se consideran patológicas solamente en los casos extremos.

El IPE cuenta con cuatro escalas de autoaplicación las cuales describiremos a continuación :

Extraversión- Introversión (E).

El típico extravertido es sociable, le gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar, y no le gusta leer o estudiar solo. Necesita emociones, se arriesga a veces en extremo, actúa según el ánimo del momento, y es generalmente un individuo impulsivo. Es muy dado hacer bromas, siempre tiene lista una respuesta, y generalmente le gusta el cambio; es despreocupado, plácido, optimista, y le gusta “ reír y estar alegre”. Prefiere mantenerse activo y haciendo cosas, tiende a ser agresivo y pierde el control rápidamente; sus sentimientos no están del todo bajo su control, y no siempre es una persona de fiar. En el otro extremo está el introvertido . Este es una persona callada, aislada, introspectiva, es más aficionado a los libros que a las personas, es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos. Tiende a planear el futuro, y desconfía del impulso del momento. No le gustan las emociones fuertes, toma los problemas de la vida diaria con seriedad, y le gusta un estilo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde fácilmente la compostura. Es de fiar, algo pesimista, y da un gran valor a las normas éticas.

Nueroticismo- Estabilidad (N).

La persona típicamente emocional es malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprehensiva, tensa y depresiva. Reacciona con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se le dificulta recobrar su serenidad después de que ha experimentado una reacción emocional . Sus reacciones desproporcionadas interfieren con un ajuste adecuado, haciéndola conducirse en forma irracional y a veces rígida.

Los individuos estables, por otro lado, usualmente responden con más lentitud y con poca intensidad. Recobran fácilmente la compostura y son generalmente calmados, mantienen el control y son desconfiados.

Psicoticismo (P).

La típica persona con un alto componente de psicoticismo o dureza es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco empática, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales, poco servicial, e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costas de los demás. Los psicóticos y criminales obtienen puntajes altos en esta escala.

Deseabilidad Social o de mentiras (L).

Esta cuarta escala intenta medir la intención de falsificar las respuestas.

3) ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE BECK.

El inventario para la depresión de Beck (IDB) es un instrumento que consta de 21 apartados que evalúan categorías sintomáticas-conductuales observadas en pacientes con depresión (41). Cada apartado contiene cuatro aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de cero, que indica la ausencia de síntomas, el segundo de un punto, el tercero de 2 puntos y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento es autoaplicable, por lo que el evaluado elige aquella aseveración que describe el estado por el que ha atravesado durante la última semana. Las categorías calculadas son :

- 1) Ánimo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpa
- 6) Sensación de castigo
- 7) Autoaceptación
- 8) Autoacusación

- 9) Ideación suicida
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal
- 15) Rendimiento laboral
- 16) Trastorno del sueño
- 17) Fatigabilidad
- 18) Apetito
- 19) Pérdida de peso
- 20) Preocupación somática
- 21) Pérdida de la libido

Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognocitivos y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos.

Desde la aparición del IDB se han realizado diversos estudios sobre la validez y confiabilidad del mismo en varias países. Ambrosini y col (42) evaluaron la validez del IDB en 122 pacientes externos referidos a una clínica de depresión, el IDB se correlaciono significativamente con los 17 itms del puntaje para depresión en mujeres deprimidas, pero no hombres deprimidos porque las calificaciones del IDB son más del 30% altas en mujeres. La consistencia interna del IDB en todos los casos fue de 0.91% y fue más elevada en pacientes deprimidos que en no deprimidos.

En México Torres, Hernandez y Ortega (43) evaluaron la reproductibilidad del IDB en un hospital de tercer nivel. También indicaron la capacidad para repetir los resultados “prueba contraprueba. Observaron que los pacientes diagnosticados con un síndrome depresivo mostraron puntajes del IDB significativamente superiores a los de aquéllos que tenían síndrome ansioso o sin diagnóstico psiquiátrico. Su análisis de las

características de operación del receptor indicó que el mejor punto de corte en esta población era de 14 puntos; los puntajes por arriba de este número disminuyen la sensibilidad y aumentan la especificidad, lo contrario sucede con los puntos de corte inferior.

Todos los coeficientes calculados sobre su capacidad para repetir los resultados resultaron satisfactorios. Todos estos datos indicaron que el IDB es un instrumento confiable y útil para evaluar la sintomatología depresiva en la población que estudiaron.

e) Procedimiento

El investigador principal registro a todos los pacientes que fueron recibidos en la consulta externa del HPFBA, y una vez descartados los criterios de exclusión, se procedió a la aplicación del SCID, para posteriormente dar al paciente para su llenado los instrumentos de Beck y el inventario de personalidad de Eynseck.

f) Análisis estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables categóricas con frecuencias y de continuas con media y desviación estándar. Como pruebas de hipótesis se utilizó un ANOVA de una vía con corrección de Bonferroni para contrastes de medias y chi cuadrada para contrastes nominales. Como prueba de correlación se utilizó la de Pearson.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 292 sujetos, de los cuales 94 (32.2%) eran del sexo masculino y 198 (67.8%) del femenino. La edad promedio de la muestra fue 33.3 ± 9.8 (rango 18 a 54) años. En cuanto al estatus de pareja, 153 sujetos (52.4%) reportaron no tener pareja mientras 139 (47.6%) sí la tenían.

En cuanto a la distribución de ocupaciones, se presentan a continuación: a) sin ocupación 38 (13%), b) estudiantes 12 (4.1%), c) hogar 86 (29.5%), d) empleado no profesional 123 (42.2%) y e) Profesionistas 33 (11.3%).

a) Distribución diagnóstica y variables clínicas

De los 292 sujetos que se estudiaron porque presentaron alguna queja de ansiedad y depresión, a continuación se presentan los diagnósticos obtenidos a través del SCID, tanto en términos de episodio actual como a lo largo de la vida. Se presenta la presencia o ausencia de cada condición sin tomar en cuenta la comorbilidad.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN EPISODIO ACTUAL Y A LO LARGO DE LA VIDA.

TRASTORNOS	EPISODIO ACTUAL		A LO LARGO DE LA VIDA	
	PRESENTE n(%)	AUSENTE n(%)	PRESENTE n(%)	AUSENTE (n%)
Depresión mayor (leve)	27 (9.2%)	265 (90.8%)	26 (8.9%)	266 (91.1%)
Depresión mayor (moderada)	60 (20.5%)	232 (79.5%)	59 (20.2%)	233 (79.8%)
Depresión mayor (Grave)	80 (27.4%)	212 (72.6%)	58 (19.9%)	234 (80.1%)
Distimia	0	0	65 (22.3%)	227 (77.7%)
T. Pánico sin Agorafobia	13 (4.5%)	279 (95.5%)	7 (2.4%)	285 (97.6%)
T. Pánico con Agorafobia	3 (1.0%)	289 (99.0%)	2 (0.7%)	290 (99.3%)
Agorafobia sin Pánico	1 (0.3%)	291 (99.7%)	1 (0.3%)	291 (99.74%)
Fobia social	0	292 (100%)	0	292 (100%)
Fobia Simple	1 (0.3%)	291 (99.7%)	1 (0.3%)	291 (99.7%)
T. obsesivo Compulsivo	3 (1.0%)	289 (99.0%)	2 (0.7%)	290 (99.3%)
T. Ansiedad Generalizada	46 (13.7%)	252 (86.3%)	19 (6.5%)	273 (93.5%)
Trastorno mixto Ansiedad-depresión	46 (15.8%)	246 (84.2%)	12 (4.1%)	280 (95.9%)

Con fines de análisis, los trastornos depresivos de diferentes severidades fueron recodificados en una sola categoría. La depresión mayor en episodio actual estuvo presente en 167 (57.2%) y ausente 125 (42.8%). La depresión mayor a lo largo de la vida estuvo presente en 143 (48.9%) y ausente en 149 (51.1%). No se tomó en cuenta la distimia. Con fines de análisis, todos los trastornos por ansiedad (pánico, agorafobia, TOC, ansiedad generalizada y fobias) fueron unidos en una sola categoría, que estuvo presente en episodio actual en 67 (22.9%) y ausente en 225 (77.0%), y a lo largo de la vida estuvieron presentes en 32 (10.91%) sujetos y ausente en 260 (89.0%).

A continuación se describe el número de sujetos que tuvieron alguna forma de interfase entre ansiedad y depresión, se agregó el trastorno mixto (ya descrito anteriormente) con fines de comparación:

	Presentes
* Depresión mayor + Algún trastorno de ansiedad actuales.....	22 (7.5%)
* Depresión mayor + Algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida.....	8 (2.7%)
* Depresión mayor actual + T de ansiedad a lo largo de la vida.....	14 (4.8%)
* T. de ansiedad actual + Depresión mayor a lo largo de la vida.....	15 (5.1%)
* T. mixto de ansiedad-depresión actual.....	46 (15.8%)

La edad promedio de inicio del trastorno principal fue a los 32.8 ± 15.05 años de edad y el tiempo de evolución promedio fue de 27.9 ± 34.3 meses.

b) Descripción del perfil de personalidad de Eynseck.

En la tabla que se muestra a continuación se ilustran los promedios obtenidos por la totalidad de la muestra y se comparan con los de la normatividad mexicana publicada por Lara y cols (33).

TABLA #2. PERFIL DE PERSONALIDAD DE EYSENCK DE LOS PACIENTES CON ALGUN TRASTORNO POR ANSIEDAD O DEPRESIÓN.

ESCALA	<i>Pacientes del estudio de Muestra de adultos ansiedad-depresión)</i>	
	<i>Media ±de (n=292)</i>	<i>Media ±de(n=988)</i>
Psicoticismo	5.2±3.7	2.9±2.6
Extraversión	8.1±4.7	13.9±4.2
Neuroticismo	16.03±4.4	11.5±5.2
Deseabilidad social	10.1±3.4	10.7±4.3

c) Comparación del perfil de personalidad de Eysenck entre grupos de diagnóstico.

Al comparar el perfil de personalidad entre los sujetos portadores y no portadores de cada uno de los trastornos estudiados, se encontró:

a) La escala de neuroticismo fue significativamente más alta entre los que tenían un cuadro depresivo mayor actual con respecto a los que no lo tenían (16.6±4.2 vs 15.2±4.5, $t = -2.48$, gl 290, $p=0,01$).

b) No se encontraron diferencias significativas al comparar a los que portaban algún trastorno de ansiedad con respecto a los que no los portaban.

c) Los pacientes que tenían en forma comórbida actual una depresión mayor y un trastorno de ansiedad tenían significativamente elevada la escala de neuroticismo, en comparación con el resto de los sujetos (18.9±2.3 vs 15.8±4.5, $t = -5.37$, gl 34.93 (para varianzas desiguales), $p=0.0001$). Estos mismos pacientes mostraron un puntaje en la escala de deseabilidad social significativamente menor que el resto (8.5±2.6 vs 10.2±3.4, $t = 2.29$, gl 290, $p=0.02$).

d) Los pacientes portadores de un trastorno mixto por ansiedad y depresión presentaron un nivel de neuroticismo significativamente menor que el resto de los pacientes (14.4 ± 4.7 vs 16.3 ± 4.3 t 2.5, gl 290, $p=0.01$).

El resto de las comparaciones no resultaron ser estadísticamente significativas y por ello no son presentadas.

d) Correlaciones Bivariadas.

Se correlacionó cada una de las 4 subescalas del CPE con el total de las escalas de Beck para ansiedad y depresión. Se encontró que la escala de psicoticismo correlacionó positivamente en forma significativa con la escala de depresión de Beck ($r=0.22$, $p<0.001$). En ese mismo instrumento, la escala de extraversión arrojó una correlación significativa pero en este caso negativa ($r=-0.27$, $p<0.001$). La escala de neuroticismo correlacionó en forma significativa, tanto para la escala de ansiedad ($r=0.22$, $p<0.001$) como para la de depresión ($r=0.41$, $p<0.001$). Finalmente, la escala de desabilidad social correlacionó significativamente en forma negativa con la escala de depresión ($r=0.15$, $p=0.007$).

e) Análisis multivariado.

Se llevaron a cabo dos análisis de regresión múltiple, tomando a la severidad de síntomas depresivos como variable dependiente en el primero y a los síntomas de ansiedad en el segundo. Los predictores que se introdujeron en el modelo fueron las cuatro subescalas de Eynseck, además de la edad, la escolaridad y el sexo.

En el modelo para predecir los síntomas de ansiedad, la única variable que entró en el modelo fue el neuroticismo, con una R múltiple de 0.26 y una R cuadrada de 0.07.

En el modelo para predecir los síntomas depresivos entraron al modelo el psicoticismo, la extraversión, el neuroticismo y el sexo, con una R múltiple de 0.48, y una

R cuadrada de 0.24. Vale la pena mencionar, que tan solo el neuroticismo por sí mismo implicó una R múltiple de 0.41 con una R cuadrada de 0.17, por lo que se entiende que el resto de las variables aportaron sólo un poco de la varianza total explicada.

DISCUSIÓN

La presente investigación mostró que más mujeres solicitan consulta por algún problema depresivo, ansioso o ambos padecimientos. La edad promedio de la muestra fue de 33.3+- 9.8 años ; de estos pacientes poco más de la mitad mencionaron no tener pareja. En relación a la distribución de ocupación, las tres más frecuentes son empleados no profesionales, amas de casa y sin ocupación.

Estos resultados son semejantes a los de la literatura (8,10) que mencionan: el encontrarse en edad productiva, no tener pareja y un empleo satisfactorio y remunerado, son factores de riesgo para la presentación de cuadros ansiosos, depresivos o comorbilidad de ambos padecimientos.

De los 292 pacientes el diagnóstico actual que más se presentó fue el de trastorno depresivo mayor y el más frecuente a lo largo de la vida lo fue la distimia. Agrupando ansiedad y depresión sin importar su severidad, nuevamente observamos que en cuadros actuales y a lo largo de la vida las depresiones son más frecuentes, este dato está de acuerdo con lo que reporta la literatura (8,10).

En cuanto a los sujetos que presentaron alguna forma de interfase ansiedad-depresión, se encontró que los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno mixto ansioso depresivo actual (15.8 %); Depresión mayor más algún trastorno de ansiedad actual (7.5%); trastorno de ansiedad actual más depresión mayor a lo largo de la vida (5.1%); depresión mayor actual más trastorno de ansiedad a lo largo de la vida (4.8%) y depresión mayor más algún trastorno de ansiedad a lo largo de la vida (2.7%).

Estos resultados se relacionan con lo establecido por Van Valkenburg y col. (39) que explica un modelo ansioso-depresivo donde menciona, que los pacientes ansioso-depresivos son entidades diferentes de la depresión pura o ansiedad pura, y aunque más

cercanos a la posición unitaria del modelo de Roth (11), no asume que exista una causa subyacente única a las tres enfermedades mencionadas.

Los resultados del IPE obtenidos se compararon con la normatividad mexicana publicados por Lara y col (33). En nuestro estudio la escala de neuroticismo fue significativamente alta y la de psicoticismo más baja a la reportada por Lara y col (33).

Debemos tomar en cuenta que los pacientes que estudiamos, tenían algún cuadro ansioso-depresivo, contrario a la muestra del estudio mexicano donde los sujetos eran sanos.

Al comparar los perfiles de personalidad con los sujetos portadores de los trastornos estudiados, observamos que la escala de N es significativamente más alta en los sujetos que presentaban algún un cuadro de depresión mayor comparado con los otros trastornos estudiados. Estos resultados son similares a los realizados por otros investigadores (20,21) que han concluido que el neuroticismo es un marcador vulnerable para la depresión.

Los pacientes con formas comorbidas de depresión mayor y un trastorno de ansiedad actual, presentaron significativamente elevada la escala de neuroticismo en comparación con el resto de los sujetos. Este hallazgo es importante por que podría brindar elementos para considerar que existen rasgos de personalidad característicos en las formas comorbidas de ansiedad y depresión, pero se requiere más investigaciones en este aspecto para comprobar lo encontrado.

En la correlación de las cuatro subescalas del IPE con las escalas de depresión y ansiedad de Beck , se encontró que la escala de psicoticismo correlaciono positivamente de manera significativa con la escala de depresión y a su vez, la escala de neuroticismo correlaciono significativamente para la escala de ansiedad y depresión de Beck.

El resultado de correlación significativa de neuroticismo y Beck corresponde a lo reportado en la literatura (18,19). Por el contrario la correlación de psicoticismo y la escala de depresión de Beck es un hallazgo no esperado.

Un estudio realizado por Savastano y col (28) que investigo rasgos de personalidad, ansiedad, depresión y enfermedad de Meniere, aplicando el IPE, encontró niveles elevados de psicoticismo y neuroticismo con un anormal comportamiento enfermizo. El autor concluyo que los rasgos de ansiedad y personalidad influyeron con el resultado.

De acuerdo con lo reportado por Savastano y col (28), podríamos pensar, sujeto a que otras investigaciones lo confirmen, que en nuestro estudio probablemente la comorbilidad ansiedad-depresion influyó en que se presentaran elevados niveles de psicoticismo en la escala para depresión de Beck.

En nuestro análisis multivariado, la escala de N, fue la única variable predictiva importante, tanto para ansiedad como depresión. Este resultado nos indica que el N es un buen predictor de los rasgos de personalidad en los padecimientos ansioso-depresivos y sus comorbilidades.

En conclusión nuestro estudio, nos reporto que existen factores de riesgo para presentar cuadros de ansiedad-depresión y que los trastornos depresivos son más frecuentes que los cuadros de ansiedad de acuerdo a lo que menciona la literatura mundial.

En cuanto a la interfase ansiedad-depresión, encontramos un porcentaje importante de casos ansioso-depresivos, esto nos da una razonable evidencia de la existencia de una interfase en la ansiedad-depresión.

En el IPE encontramos que la escala de N fue la que presento la elevación más significativa en los padecimientos estudiados y un hallazgo que consideramos importante,

es él haber observado que en la comorbilidad de trastornos depresivos y ansiosos la escala de N fue significativamente más elevada, esto podría darnos indicios de que en la interfase ansiedad-depresión existe una personalidad característica pero consideramos que se requiere de mayores investigaciones para comprobar esto.

Por último observamos que la escala de neuroticismo en nuestro estudio, fue el mejor predictor para la severidad de los síntomas ansiosos y depresivos.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- KATON W, ROY-BYRNE P. Mixed anxiety and depression. *J Abnorm Psychol* 1991;100(3):337-345.
- 2.- VOLLRATH M, ANGST J. Outcome of panic and depression in a seven-year follow-up: results of the Zurich study. *Acta Psychiatrica Scand* 1989;80:591-596.
- 3.- UHDE JW, BOULENGER J, ROY-BYRNE PP, VITTONI BJ, GERACI M, POST RM. Longitudinal course of panic disorder: Clinical and psychological considerations. *Prog Neuropharm Biol Psychiatr* 1985;9:39-51.
- 4.- LECKMAN JF, WEISSMAN MM, MERIKANGAS KR, PAULS DL, PRUSOFF BA. Panic disorder and major depression. *Arch Gen Psychiatr* 1983;40:1055-1060.
- 5.- AKISKAL HS. Definition, relationship to depression and proposal for an integrative model. En: Tuma AH y Maser JD. *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ:Erlbaum. 1985.
- 6.- CROWE RR, NOYES R, PAULS DL, SLYMEN DJ. A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1065-1069.
- 7.- PRESKERSON, SH FAST G, Beyond Signs and Symptoms: The case against a mixed anxiety and depression category. *J Clin Psychiatry*, 1993;54 (1,supp)20-23.
- 8.- BOULENGER JP, LAVALLEE YJ. Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *J Clin Psychiatry*. 1993;54(1 suppl): 3-8.

- 9.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª edición. editor Madrid. 1993.
- 10.- GERSH FS, FOWLES DC. Neurotic depression: the concept of anxious depression. En Dupue RA. The psychobiology of depressive disorders. Implications for the effects of stress. New York Academic press. 1979.
- 11.- ROTH M, GURNEY C, GARSIDE RF, KERR TA. The relationship between anxiety states and depressive illness. Part 1. Br J Psychiatry. 1972; 121: 147-161.
- 12.-STAVRAKAKIC, VORGO B, The relationship of anxiety and depression, a review of literature. Br. J. Psychiatry 1986; 149: 7-16.
- 13.- HRSCHFELD RAM, CROSS CK: The measurement of personality in depression, in the measurement of depression. Edited by Marsella AJ. 1987.
- 14.- KLERMAN GL, ENDICOTT J, SPITZER R. Neurotic depressions; a systematic analysis of multiple criteria and meanings. Am J Psychiatry. 1979; 136: 57-61.
- 15.- KILOH LG, ANDREWS G, NEILSON M. The relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depression. Br J Psychiatry. 1972; 121: 183-196.
- 16.- KILOH LG, GARSIDE RF. The independence of neurotic depression, and endogenous depression. Br J Psychiatry. 1963; 109: 451-463.
- 17.- ROSENTHAL SA, KLERMAN GL. Contents and consistency in the endogenous depressive pattern. Br J Psychiatry. 1966; 112: 471-484.
- 18.- KERR TA, SCHAPIRA K, ROTH M. The relationship between the Maudsley Personality inventory and the course of affective disorders. Br J Psychiatry. 1970; 116: 11-19.

- 19.- MATUSSEK P, FEIL WB. Personality attributes of depressive patients: results of group comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40: 783-790.
- 20.- GROVE WM, ANDREASEN NC, YOUNG M. Isolation and characterization of a nuclear depressive syndrome. *Psychol Med*. 1987; 17: 471-484.
- 21.- DUGGAN C, SHAM O, LEE A, MINNE C, MURRAY R. Neuroticism: a vulnerability maker for depression evidence from a family study. *J of Affective Disorders*. 1995; 35: 139-143.
- 22.- MAVISSAKALIAN M. The relationship between panic disorder/agoraphobia and personality disorders. *Psychiatry Clin North Am*. 1990; 13: 661-684.
- 23.- NOYES R, REICH JH, SUELZER M, CHRISTANSEN J. Personality traits associated with panic disorders:change associated with treatment.*Compr Psychiatry*.1991;32: 283-294.
- 24.- MAVISSAKALIAN M, HAMANN MS. DSM-III personality characteristic of panic disorders with agoraphobia patients in stable remission.*Compr Psychiatry*.1992;33:305-309
- 25.- MAVISSAKALIAN M, HAMANN MS, JONES B. A comparison of DSM-III personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorders. *Compr Psychiatry*. 1990; 31: 238-244.
- 26.- MAVISSAKALIAN M, HAMANN MS. Correlates of DSM-III personality disorders in panic and agoraphobia. *Compr Psychiatry*. 1988; 29: 535-544.
- 27.- MAVISSAKALIAN M, HAMANN MS, HAIDER SR AND GROOTCH. DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic/agoraphobia and obsessive disorders. *Compr Psychiatry*. 1993; 34: 243-248.

- 28.- SAVASTANO M, MARON MB, MANGIALAGIO M, LONGHI P, RIZZARDO R. Illness behaviour, personality traits, anxiety and depression in patients with Meniere's disease. *J Otolaryngol.* 1996; 25: 329-333.
- 29.- BARRET P, EYSENCK SBG. The assessment of personality factors across 25 countries. *Personality and individual differences.* 1984; 5(6): 615-632.
- 30.- ZUCKERMAN M, KUHLMAN DM, CAMAC C. What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1988; 53: 96-107.
- 31.- EYSENCK SBG, ESCOBAR V, LOBO VA. Diferencias nacionales en personalidad: España e Inglaterra. *Rev Psiq Psicol Med Európa América Latina.* 1982; XV (5).
- 32.- EYSENECK SBG, PARRATA JL. A cross-cultural study of personality: Puerto Rico and England. *Rev Latino. Am Psicol.* 1984; 16(3): 355-372.
- 33.- EYSENECK SBG, LARA CMA. Un estudio transcultural de la personalidad en mexicanos e ingleses. *Salud Mental.* 1989; 12(3): 14-20.
- 34.- PERNA G, BERNARDESCHI L, CALDIROK D, et al. Personality dimensions in panic disorder: state versus trait issues. *New trends in experimental and clinical psychiatry.* 1992; 8: 49-52.
- 35.- PFOHL B, BLACK DW, NOYES R, KELLY M, BIUM N. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry.* 1990; 28: 41-46.

- 36.- FOSSEY MD, ROY BIRNE P, COWLEY DS, LYDYARD RB, et al. Personality assesment using the tridimensional personality questionnaire (TPQ) in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 1989; 25: 10^a-13^a.
- 37.- SVARAKIC SM, STOLL AL, TOHEN M, et al. The tridimensional personality questionnaire a predictor of six month outcome in first episode mania. *Psychiatry Research*. 1993; 48: 1-8.
- 38.- ARMANI A, ZAMBOTTO S, COCCONI D, MAURI M. Suicidal behavior and risk factors: biopersonologic and temperamental evaluation. Institute of Clinical Psychiatry, University of Pisa, Italy. Written manuscript. 1994.
- 39.- VAN VALKENBURG C, AKISKAL HS, PUSANTIAN V, ROSENTHAL T. Anxious depression clinical, family history and naturalistic outcome. Comparisons with panic and major depressive disorder. *J Affective Dis*. 1984; 6: 67-82.
- 40.- CLONINGER CR. A sistematic method for clinical description and classification of personality variantes. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44: 573-588.
- 41.- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, ERBAUGH J. An inventory formeasuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961.; 4: 53-63.
- 42.- AMBROSINI PJ,et al. Concurrent validity and psychometric properties of the Beck depression inventory in outpatients adolescent. *J Am Acad Child adolesc Psychiatry*. 1991; 30(1): 51-57.
- 43.- TORRES CM, HERNANDEZ MALPICA E, ORTEGA SOTO H. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*. 1991; 14(2): 1-6.