



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

**Dimensiones del temperamento y carácter en pacientes
con un primer episodio de depresión mayor y
comorbilidad con trastornos de ansiedad**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A
OMAR MINAYA HERNÁNDEZ

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

DRA. CRISTINA LÓYZAGA MENDOZA

DRA. ANA FRESÁN ORELLANA

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice Temático

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Antecedentes	7
Trastorno Depresivo Mayor.....	7
Generalidades.....	7
Criterios diagnósticos.....	9
Epidemiología.....	10
Prevalencia en México.....	11
Trastornos de Ansiedad.....	11
Generalidades.....	11
Criterios diagnósticos.....	13
Epidemiología.....	23
Prevalencia en México.....	24
Comorbilidad.....	25
Comorbilidad en psiquiatría.....	26
Comorbilidad del trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad.....	27
Personalidad.....	29
Modelo psicobiológico de la personalidad.....	29
Personalidad, depresión mayor y trastornos de ansiedad.....	32
Justificación	35
Planteamiento del problema	35
Objetivos	36
Objetivos generales.....	36
Objetivos específicos.....	36
Hipótesis	37
Hipótesis general.....	37
Hipótesis específicas.....	37
Metodología	37
Diseño del estudio.....	37
Población.....	38
Criterios de inclusión.....	38
Criterios de exclusión.....	38
Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio.....	39
Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación.....	44
Formato de Datos Clínico-Demográficos (FD CD).....	44
Escala Global de Funcionamiento (GAF).....	45
Escala de Depresión de Montgomery & Asberg (MADRS).....	46

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A).....	47
Inventario de Temperamento y Carácter.....	48
Procedimiento	50
Análisis Estadístico	51
Consideraciones Éticas	52
Resultados	53
Características sociodemográficas y clínicas.....	53
Comorbilidad con abuso de sustancias.....	56
Severidad sintomática y funcionamiento psicosocial.....	57
Dimensiones de temperamento y carácter.....	58
Asociación de la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad y las dimensiones de temperamento y carácter.....	61
Modelos de regresión logística de los trastornos de ansiedad en el primer episodio de depresión.....	62
Discusión	64
Conclusiones	69
Referencias Bibliográficas	71
Anexos	86
Carta de Consentimiento.....	86
Aceptación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría.....	88
Publicaciones.....	89

- **Resumen**

El trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad son diagnósticos psiquiátricos con una alta prevalencia y que frecuentemente se presentan de forma comórbida. Los rasgos de personalidad, han sido considerados como una variable asociada a la comorbilidad entre estos diagnósticos. **Objetivo:** Determinar si los rasgos de la personalidad son predictores de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor. **Método:** Se incluyeron 80 pacientes en su primer episodio de depresión. El diagnóstico se obtuvo mediante la entrevista semiestructurada M.I.N.I. Se evaluó la severidad de los síntomas de depresión con la escala MADRS y los síntomas de ansiedad con la escala HAM-A. El funcionamiento psicosocial global se determinó mediante la escala GAF. Los rasgos de la personalidad fueron evaluados mediante el ITC. **Resultados:** El 52.5% (n=42) de los pacientes tuvieron comorbilidad con algún trastorno de ansiedad. Los pacientes con comorbilidad mostraron una menor edad de inicio del cuadro de depresión y una mayor duración de la enfermedad no tratada. La severidad de los síntomas depresivos y ansiosos fue mayor en este grupo diagnóstico. Se observaron diferencias significativas en la dimensión de temperamento *Persistencia*. Las variables predictoras de un trastorno de ansiedad en pacientes con su primer episodio de depresión fueron la duración de la enfermedad no tratada, la dimensión de temperamento *Persistencia* y la dimensión de carácter *Autodirección*. **Discusión:** Un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor surge por patrones conductuales inadecuados determinados por la personalidad y el deterioro psicosocial conferido por la cronicidad de los síntomas de depresión.

- **Abstract**

Major depression and anxiety disorders are highly prevalent and frequently comorbid psychiatric diagnoses. Personality features have been considered associated to the comorbidity between these diagnoses. **Objective:** To determine if personality features are risk factors for the presence of anxiety disorders in patients with major depression. **Method:** A total of 80 first-episode depressed patients were recruited. Diagnoses were obtained by the semistructured interview M.I.N.I. Depressive symptom severity was rated with the MADRS while the HAM-A was used for the assessment of anxiety symptoms. Global psychosocial functioning was rated by the GAF. Personality features were assessed with the TCI. **Results:** Of the patients included, 52.5% (n=42) had a comorbid anxiety disorder. Dual-diagnosed patients exhibited a younger age of illness onset and a longer duration of untreated illness. Depressive and anxiety symptom were more severe in patients with dual diagnosis. Significant differences were found in the temperament dimension *Persistence*. Duration of untreated illness, the temperamental dimension *Persistence* and the character dimension *Self-directedness* were predictive variables for an anxiety disorder in first-episode depressed patients. **Discussion:** Anxiety disorders in depressed patients emerge from inadequate behavioral patterns determined by personality features and the psychosocial impairment conferred by depressive symptoms chronicity.

• **Introducción**

El trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad son diagnósticos psiquiátricos con una alta prevalencia y que frecuentemente se presentan de forma comórbida (1, 2). Aproximadamente, entre el 50%-60% de los individuos que han sido diagnosticados con un trastorno depresivo mayor, han presentado de forma comórbida algún trastorno de ansiedad (1). Diversos estudios han mostrado que la coexistencia de ambos diagnósticos se asocia con una mayor persistencia y severidad de los síntomas, un mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial del individuo y una mayor incidencia de intentos suicidas y suicidios consumados (3, 4).

La comorbilidad existente entre el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad puede tener diversos significados en el tratamiento y pronóstico de los sujetos que los padecen (5). Los trastornos de ansiedad han sido considerados como una manifestación temprana del trastorno depresivo mayor, como manifestaciones alternativas de la depresión mayor o como una condición independiente con una alta comorbilidad debido a factores de riesgo genéticos y ambientales compartidos entre ambos trastornos. Sin embargo, hasta el momento no es posible conocer con certeza cual de estas alternativas es la más adecuada para describir y explicar la alta comorbilidad entre estos diagnósticos (2).

Las razones para poder explicar la comorbilidad entre ambos diagnósticos podría ser mejor entendida a partir del estudio de los factores asociados a su interrelación. Los rasgos de personalidad, han sido considerados como una variable asociada a la comorbilidad entre estos diagnósticos. La presencia de un temperamento ansioso (entendido como una inhibición conductual) y el neuroticismo han sido propuestos como alternativas explicativas para la presencia de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor (6, 7). No obstante, la evidencia hasta el momento disponible no es concluyente con respecto a la influencia directa de los rasgos de personalidad sobre la aparición de un trastorno de ansiedad en sujetos con depresión mayor, por lo que se hace necesaria la realización de más estudios que se avoquen al análisis de la personalidad, para poder determinar la forma en la que los rasgos de la personalidad interactúan con otros factores para conferir una mayor

vulnerabilidad para la aparición de un trastorno de ansiedad en sujetos diagnosticados con depresión mayor.

La presente investigación pretende contribuir al conocimiento de la influencia de los rasgos de la personalidad sobre la aparición de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor. El uso de categorías diagnósticas e instrumentos de evaluación dimensionales de severidad sintomática y de personalidad para el presente estudio facilitará la identificación de fenotipos significativos para la realización de futuros estudios clínicos, genéticos y de tratamiento, los cuales brindarán nuevas alternativas para mejorar el diagnóstico y tratamiento de aquellos pacientes que presenten un trastorno depresivo mayor con comorbilidad con un trastorno de ansiedad, lo que a su vez, podría tener una influencia directa sobre el pronóstico clínico.

- **Antecedentes**

Trastorno Depresivo Mayor

Generalidades

La evolución histórica de la depresión encuentra su origen en el *Corpus Hipocraticum* con la descripción de la “melancolía”, la cual se asociaba con la aversión a los alimentos, insomnio, irritabilidad, y fatiga, lo cual se debía a la acumulación en el organismo de uno de los cuatro humores descritos por Hipócrates “la bilis negra”. Esta descripción original de la melancolía pareciera corresponder a lo que actualmente llamaríamos una depresión agitada (8).

La depresión es una enfermedad mental con una base biológica, más que un fallo en la fortaleza o en el espíritu (9); con frecuencia es subdiagnosticada y subtratada. Afecta a millones de personas a nivel mundial (17-20%) predominantemente mujeres, y causa graves pérdidas económicas por incapacidad, además de ser un factor de riesgo para otras enfermedades, como las cardiovasculares. La depresión se caracteriza por una alteración en el afecto, con una duración de por lo menos dos semanas hasta varios meses. Los pacientes sufren de incapacidad para experimentar placer, pierden el interés en muchas facetas de su vida, y cursan con sentimientos de minusvalía, culpa, déficit cognoscitivos, así como alteraciones del apetito, el sueño y el deseo sexual. Clínicamente, la depresión puede presentarse como un trastorno afectivo unipolar o bipolar, o bien puede presentarse de forma comórbida con otras entidades psiquiátricas (10).

Existen diferentes hipótesis que tratan de explicar la fisiopatología de la depresión, entre las que se incluyen la hipótesis monoaminérgica en donde se pensaba que en la depresión había una disminución de los neurotransmisores en la hendidura sináptica (noradrenalina o serotonina o ambas), que al corregirle con fármacos que aumentan la transmisión monoaminérgica, se lograría mejorar al paciente. Sin embargo, nunca hubo evidencias de déficit en la transmisión monoaminérgica en los deprimidos. Ésta fue una buena hipótesis

durante varias épocas, pero que, por ser tan simplista, dejó sin contestar interrogantes fundamentales.

Actualmente han surgido nuevas hipótesis que se basan en la alteración de la regulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, demostrado por un exceso de la secreción hipotalámica de hormona liberadora de la corticotropina y un exceso de secreción de la hormona adrenocorticotropica de la hipófisis anterior, que lleva a un aumento de la secreción de cortisol por la glándula adrenal con pérdida de su ritmo circadiano. La razón de la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal en la depresión no se conoce, pero se sabe que pueden interactuar factores genéticos y ambientales en su etiopatogenia (10).

Hay artículos recientes que implican al núcleo accumbens, la amígdala, al hipocampo, al hipotálamo y la corteza frontal en la depresión. También se intenta identificar genes que hacen al sujeto vulnerable o resistente a la enfermedad o al tratamiento (10).

Las técnicas de imagen en pacientes deprimidos han demostrado que existen cambios morfológicos cerebrales, especialmente en áreas del sistema límbico. La pérdida de volumen en el hipocampo es un cambio característico, en especial de la región CA3. En los deprimidos y en modelos animales de depresión, la atrofia hipocampal podría explicar el déficit cognoscitivo que hay en la enfermedad. También se ha encontrado una disminución del volumen de la corteza orbitofrontal de los deprimidos *in vivo*. Hay evidencias histopatológicas de alteraciones tanto de neuronas como en la glía, lo que apoya los hallazgos con neuroimágenes.

A pesar de las evidencias a favor de una posible base genética y de alteraciones estructurales cerebrales y neuroendocrinas en la enfermedad, todavía no se han identificado con certeza mecanismos genéticos y neurobiológicos únicos que expliquen la etiopatogenia de la depresión (10).

Criterios Diagnósticos

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Cuarta Edición (DSM-IV) (11), un episodio de depresión mayor debe tener una duración mínima de dos semanas; no obstante, la media de un episodio no tratado dura 6 meses o más. El inicio y la finalización de un episodio depresivo mayor puede ser gradual o abrupto, aunque el retorno al estado premórbido tanto de forma espontánea como mediante un tratamiento, es lo normal, sin embargo no es raro observar su cronificación.

Los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV son los siguientes:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deber ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o la capacidad para el placer. No se deben incluir los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (v.g., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (v.g., llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad del placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (v.g., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

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

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (v.g., después de la pérdida de un ser querido), persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor .

Epidemiología

El trastorno depresivo mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. El estudio del *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) realizado por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) basado en un seguimiento de más de 18,000 adultos de 5 poblaciones de los Estados Unidos halló que la prevalencia a un mes de ese trastorno era del 1.6%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida fue del 4.4% (12, 13). La edad media de inicio fue de 27 años, observándose muy pocas diferencias entre ambos sexos.

De forma general, la prevalencia de la depresión mayor a nivel mundial es del 10% al 25% en mujeres y del 5% al 12% en hombres (11), por lo que en nuestro país se estima que existen entre 5 y 25 millones de personas afectadas con el padecimiento.

Prevalencia en México

En un estudio realizado en nuestro país, se encontró que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón (14). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada en el 2003, la prevalencia del episodio depresivo mayor en población urbana durante el transcurso del último mes fue de 0.3% en hombres y de 0.8% en mujeres, con una edad de inicio del padecimiento de 26.08 años en promedio (15).

Trastornos de Ansiedad

Generalidades

El término ansiedad apareció en la literatura médica no psiquiátrica hasta el siglo XII, pero fue hasta el siglo XIX cuando la palabra “ansiedad” se comenzó a utilizar en la psicopatología moderna (8).

Se define como ansiedad al sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante. La amenaza no es concreta y definida a diferencia del miedo. La ansiedad no es necesariamente un estado patológico, ya que forma parte de los mecanismos fisiológicos de adaptación para afrontar con éxito las demandas del entorno. La ansiedad como patología podría definirse como un malestar interior que se expresa en las diversas dimensiones humanas (cognitivo, afectivo, físico y autonómico) como consecuencia de factores internos o externos. La ansiedad patológica puede presentarse como un síntoma, un síndrome o un trastorno, o ser un estado psiquiátrico comórbido, así mismo también puede ser un estado provocado por enfermedades o medicamentos (16).

Existen diversas teorías que explican la etiología de los diversos trastornos de ansiedad. En el caso de las crisis de angustia y del trastorno de ansiedad generalizada, algunos investigadores han asociado las reacciones de ansiedad con el aumento en los niveles de catecolaminas en orina (*Teoría catecolamínica*), principalmente de adrenalina. Los estudios con individuos normales sometidos a un factor estresante demuestran también elevaciones de los niveles plasmáticos de catecolaminas (17). Por otro lado se ha postulado la etiología de las crisis de angustia en relación al locus cerúleus (*Teoría del locus cerúleus*). El soporte de esta hipótesis reside en el hecho de que en el animal de experimentación, la estimulación eléctrica del locus cerúleus produce una marcada respuesta de miedo y ansiedad, mientras que la ablación del mismo disminuye la posibilidad de responder con miedo ante un estímulo amenazante (18).

Experimentalmente se han logrado provocar crisis de angustia en estudios con humanos al administrarles una infusión de lactato sódico (*Teoría metabólica panicogénica del lactato*). Como explicación se postulan varias teorías como un estado de activación (arousal) aumentado de forma inespecífica que desencadenaría cognitivamente una crisis de angustia; la inducción de una alcalosis metabólica; la hipocalcemia; una alteración del cociente NAD-NADH y una hipercapnia intracerebral transitoria (19), circunstancia similar a la de la inhalación de CO₂ (*Teoría de la hipersensibilidad al dióxido de carbono*) (20).

La última línea de evidencia de la etiología biológica de la ansiedad abarca los estudios que indican la posible naturaleza hereditaria del trastorno (*Teoría genética*), en donde se ha reportado una mayor incidencia de crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en familiares de primer grado (21).

La ansiedad fóbica y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se han explicado en base a las *Teorías del aprendizaje*, en donde existe una respuesta condicionada adquirida a través de la asociación del objeto fóbico (estímulo condicionado) con una experiencia nociva (estímulo incondicionado) (22). En el TOC se postula que la adquisición y mantenimiento de los síntomas obsesivo-compulsivos se condiciona la ansiedad a un acontecimiento ambiental específico (condicionamiento clásico). Para reducir esta ansiedad, la persona

empieza con los rituales compulsivos (respuestas de huida/evitación). Si con ellas consigue disminuir la ansiedad, las conductas de evitación se repetirán en un futuro (condicionamiento operante) (23).

Por otro lado en la etiología del TOC los *Modelos neurológicos* indican la existencia ciertos hallazgos que sugieren una base orgánica cerebral para el trastorno. Entre ellos destaca el inicio de un TOC después de un traumatismo craneal (24), la alta incidencia de otras enfermedades neurológicas premórbidas (25), la asociación del TOC con el daño durante el parto (26), algunas alteraciones en el electroencefalograma y en los potenciales auditivos evocados (27, 28), en el índice ventrículo-cerebral (VBR) detectado mediante la tomografía axial computarizada (29), la asociación con la diabetes insípida y la presencia significativa de más signos neurológicos menores en los pacientes con un TOC al compararlos con los sujetos control sanos (30). Así mismo se ha documentado que en el TOC existen anomalías en los circuitos cortico-subcorticales entre las regiones orbitofrontal, límbica y los ganglios basales.

La serotonina se ha involucrado como parte de los *Modelos bioquímicos* del TOC, ya que esta ha sido implicada en la mediación de la impulsividad, tendencia al suicidio, agresión, ansiedad, dominancia social y en el aprendizaje. Es posible que un fallo en la regulación de este neurotransmisor inhibitor de la conducta influya en la presentación de conductas obsesivas y rituales repetitivos en estos pacientes (31).

Criterios Diagnósticos

Trastorno de Ansiedad Generalizada

El DSM-IV (11) ha enfatizado en la distinción entre el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad no patológica o “normal” mediante el requisito de que en la ansiedad generalizada, la preocupación debe ser excesiva, persistente, difícil de controlar y asociada a malestar o a un deterioro funcional importantes. Este diagnóstico se debe de excluir en presencia de otros trastornos mayores del Eje I, especialmente cuando se diagnostica un trastorno hipocondríaco o un trastorno por estrés postraumático.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV son:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan durante más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses): 1. Inquietud o impaciencia, 2. Fatigabilidad fácil, 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, 4. Irritabilidad, 5. Tensión muscular, 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación de sueño no reparador al despertarse).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; esto es, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (trastorno de angustia), miedo a estar en público (fobia social), contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (trastorno de ansiedad por separación), miedo a subir de peso (anorexia nervosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (hipocondría), y la ansiedad o la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (v.g., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (v.g., hipertiroidismo) y no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Crisis de angustia

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM II (32) describía un estado patológico denominado “neurosis de ansiedad”, término acuñado por primera vez por Freud en 1895 y caracterizado por el sufrimiento crónico de tensión, preocupación excesiva, cefaleas frecuentes o ataques de ansiedad recurrentes. Pero estudios posteriores confirmaron que las crisis de angustia espontáneas discretas eran cualitativamente distintas de los estados de ansiedad crónica. Los pacientes con crisis de angustia se distinguen singularmente en la respuesta a la infusión de lactato sódico, en la agregación familiar, el desarrollo de agorafobia y la respuesta a antidepresivos tricíclicos.

El DSM IV define a las crisis de angustia como un cuadro de aparición temporal de miedo aislado o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos: 1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, 2. Sudoración, 3. Temblores o sacudidas, 4. Sensación de ahogo o falta de aire, 5. Sensación de atragantamiento, 6. Opresión o malestar torácico, 7. Náuseas o molestias abdominales, 8. Inestabilidad, mareo o desmayo, 9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), 10. Miedo a perder el control o a volverse loco, 11. Miedo a morir, 12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), 13. Escalofríos o sofocaciones.

Las crisis de angustia generalmente se acompañan de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan como en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control o la razón “volverse locos”, tener un infarto o un

accidente vascular cerebral. También describen un deseo urgente de huir del lugar donde ha aparecido la crisis.

La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica gran intensidad.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (v.g., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo). Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que ésta aparece.

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: *crisis de angustia inesperadas* (no relacionadas con estímulos situacionales), en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente); *crisis de angustia situacionales* (desencadenadas por estímulos ambientales), donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo, o desencadenante ambiental (v.g., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia), y *crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada*, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

La sintomatología esencial del TOC consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones. Las obsesiones se definen como ideas, imágenes o impulsos intrusivos, repetitivos, angustiantes y absurdos; y las compulsiones se definen como conductas repetitivas y estereotipadas que se realizan con el fin de disminuir los pensamientos obsesivos o evitar

los posibles daños temidos. En el DSM-III (33), no podía diagnosticarse el TOC si era secundario a otro trastorno mental como el síndrome de la Tourette, la esquizofrenia, la depresión mayor u otro trastorno mental orgánico. Sin embargo, en el DSM-III-R (34), se eliminó este criterio de exclusión, ya que hoy en día se acepta que el TOC puede presentarse de forma simultánea con otro u otros trastornos, particularmente cuando el TOC les antecede.

Mediante la agrupación de síntomas por medio de estudios de análisis factorial, se han propuesto varios subtipos de TOC. En un subtipo se incluye a los pacientes con obsesiones sobre la limpieza y la contaminación cuyos rituales comprenden el lavado compulsivo y la evitación de objetos contaminados. Un segundo grupo incluye a los pacientes que cuentan patológicamente y realizan comprobaciones compulsivamente. Un tercer grupo abarca los “obsesivos puros” sin compulsiones. También existe un grupo con lentitud obsesiva primaria en el que la lentitud es el síntoma predominante. Los pacientes pueden pasarse varias horas cada día en lavarse, vestirse y desayunar, por lo que su vida discurre de forma extremadamente lenta. La mayoría de estos estudios han encontrado de 3 a 5 subgrupos, entre los que destacan: 1) contaminación/lavado, 2) agresión/revisión, 3) atesoramiento, simetría/orden. La importancia de esta propuesta de subgrupos radica en que se han observado diferencias entre ellos, en cuanto antecedentes familiares, respuesta a tratamiento, y algunas dimensiones de personalidad (35). Algunos pacientes con un TOC son llamados “acaparadores” pues no son capaces de tirar nada por el temor de que algún día puedan necesitar algo que habían desechado. El DSM-IV califica el TOC entre los trastornos de ansiedad debido a que 1) la ansiedad suele asociarse a la resistencia a las obsesiones y compulsiones, 2) la ansiedad o la tensión pueden aliviarse inmediatamente si se cede a las compulsiones y 3) a menudo el TOC se presenta con otros trastornos de ansiedad tales como las fobias. De todos modos, las compulsiones no siempre disminuyen la ansiedad, y la calidad de los temores en el TOC es distinta a la de las fobias verdaderas o a la de la ansiedad generalizada. Por otra parte, el TOC también se asocia con la depresión mayor; en los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo destacan los antecedentes familiares de depresión.

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-IV:

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones, etc.) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio, etc.) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irracionales.

Fobias

Se define una fobia como el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específicos que provoca en el individuo la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación (estímulo fóbico). El sujeto reconoce que el miedo es exagerado o irracional, desproporcionado respecto al perjuicio real que puede ocasionar el objeto, actividad o situación. En diversos trastornos psiquiátricos puede constatarse la presencia de algunos temores irracionales y conductas de evitación. No obstante, el diagnóstico de trastorno fóbico según el DSM-IV sólo se realiza cuando la fobia única o múltiple es el aspecto predominante del cuadro clínico, cuando ocasiona un marcado malestar en el individuo, y cuando no es consecuencia de ningún otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia según el DSM - IV:

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor a desarrollar síntomas similares a la angustia (v.g., mareos o diarrea). Agorafobia: ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre

las cuales se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de la fobia social (trastorno de ansiedad social) según el DSM-IV:

A. Temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la situación social o actuación en público temida interfieren acusadamente con la rutina

normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas), o sociales, o bien producen malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro somático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (v.g., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (v.g., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (v.g., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nervosa o en la bulimia nervosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

Criterios para el diagnóstico de la fobia específica según el DSM-IV:

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situaciones específicas (v.g., viajar en avión, precipicios, animales, administración de inyecciones, presenciar sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

D. La situación fóbica se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro somático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (v.g., como el miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (v.g., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (v.g., evitación de ir a la escuela), fobia social (v.g., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal, tipo ambiental (v.g., alturas, tormentas, agua), tipo sangre-inyecciones-daño, tipo situacional (v.g., aviones, ascensores, recintos cerrados) y otros tipos (v.g., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Epidemiología

El grupo de los trastornos de ansiedad es uno de los más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasiona un deterioro funcional y un malestar importantes.

Trastorno de ansiedad generalizada y crisis de angustia

El estudio del ECA (36) mostró que las tasas de prevalencia al mes, a los seis meses y para toda la vida, para el trastorno de angustia fueron del 0,5%, 0,8% y 1,6% respectivamente. Las mujeres tenían una tasa de prevalencia al mes del 0,7%, porcentaje significativamente más alto que el 0,3% hallado en los hombres. Además, las mujeres tendían a un incremento de las crisis de angustia entre los 25 y los 44 años, y la presentación de las crisis persistía más allá de la edad madura (36).

Los resultados en relación al Trastorno de ansiedad generalizada del ECA deben ser interpretados con mayor cautela, ya que su análisis se realizó solo en la segunda parte del estudio y solamente en tres de cinco lugares propuestos. La tasa de prevalencia combinada de los tres lugares era del 3,8% sin exclusiones, del 2,7% cuando se excluían los trastornos de angustia o la depresión mayor comórbida y del 1,7% cuando se excluía cualquier otro diagnóstico del DSM-III. La prevalencia a lo largo de la vida cuando se excluían el trastorno de angustia y la depresión mayor iba del 4,1% al 6,6%, dependiendo del lugar. En conjunto, las mujeres presentaban una mayor tasa de prevalencia (37).

Fobias

El ECA, observó que como grupo, las fobias eran el trastorno psiquiátrico más común, con una prevalencia al mes y a los seis meses del 6,2% y del 7,7% respectivamente, así como una tasa de prevalencia a lo largo de la vida del 12,5% (36). Basándose en las tasas de prevalencia a lo largo de la vida obtenidas en cuatro de las cinco ciudades del estudio, se observó que las fobias específicas eran las más frecuentes (11,3%), seguidas por la agorafobia (5,6%) y la fobia social (2,7%). Las fobias específicas eran más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (14,5% frente al 7,8%). Asimismo, la agorafobia era más

frecuente entre las mujeres (7,9% versus 3,2%). La prevalencia de la fobia social fue similar en ambos sexos (2,9% en las mujeres y 2,5% en los hombres) (38).

Trastorno obsesivo compulsivo

Los datos actuales procedentes del estudio ECA sugieren que el TOC es bastante frecuente, siendo su prevalencia al mes del 1,3%, una prevalencia a los seis meses del 1,5% y una prevalencia a lo largo de la vida del 2,5% (36). Aunque la validez y fiabilidad del diagnóstico de TOC en este estudio hayan sido objeto de controversia, estos resultados son claramente sugerentes de que el TOC es mucho más frecuente de lo que anteriormente se creía (39). En muestras clínicas de adultos con TOC, se ha observado que la proporción de hombres y mujeres es la misma (40). La muestra epidemiológica del estudio ECA halló una prevalencia al mes discretamente más elevada entre las mujeres (1,5%) que entre los hombres (1,1%) cuando se estudiaba la muestra con edades comprendidas entre los 25 y 64 años, aunque estas diferencias no fueron significativas (36, 39).

Prevalencia en México

La prevalencia de los trastornos de ansiedad representa el 14.35% de la psicopatología en la población mexicana, lo que los coloca como los trastornos psiquiátricos más frecuentes .

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada en el 2003, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en población urbana durante el transcurso del último mes fue de 0.2 % en hombres y de 0.5% en mujeres para el trastorno de angustia con una edad de inicio del padecimiento de 21.4 años en promedio, de 0.3% en hombres y 0.8% en mujeres para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia con una edad de inicio del padecimiento de 19.6 años en promedio, de 0.5% en hombres y 0.9% en mujeres para la fobia social con una edad de inicio del padecimiento de 13.9 años en promedio, de 0.7% en hombres y 2.2% en mujeres para la fobia específica con una edad de inicio del padecimiento de 9.7 años en promedio, de 0.6% en hombres y 0.3% en mujeres para el trastorno de ansiedad generalizada con una edad de inicio del padecimiento de 25.7 años en

promedio, y del 0.2% en hombres y mujeres para el trastorno por estrés postraumático con una edad de inicio del padecimiento de 19.7 años en promedio (15).

Comorbilidad

La comorbilidad puede definirse como un estado en donde dos o más trastornos coexisten temporalmente (41). El concepto de comorbilidad en medicina ha permitido establecer conexiones útiles entre diversas enfermedades con el objetivo de incrementar el conocimiento diagnóstico y pronóstico de los padecimientos (42).

Se han descrito cuatro diferentes tipos de comorbilidad: aleatoria, clínica, familiar y epidemiológica. La comorbilidad aleatoria hace referencia a la probabilidad de co-ocurrencia de dos trastornos. La comorbilidad clínica se refiere a los efectos que tiene un trastorno en la presentación, curso, parámetros biológicos y pronóstico de otro trastorno y cuyos efectos pueden presentarse a pesar de la naturaleza de esta asociación. La comorbilidad familiar se presenta cuando la presencia de un trastorno en familiares de un individuo afecta la probabilidad de ese individuo para padecer otro trastorno. Finalmente, la comorbilidad epidemiológica se refiere a una asociación no aleatoria entre dos trastornos en una población determinada (43).

La comorbilidad hace referencia a dos entidades nosológicamente distintas y no a la presencia de síntomas, lo cual sería mejor explicado mediante el término co-ocurrencia (44). De esta forma, cuando se habla de comorbilidad es necesario considerar que la comorbilidad debe representar una auténtica asociación entre dos trastornos, y que esta asociación puede surgir por uno o ambos de los siguientes procesos: la primera posibilidad es que ambos trastornos compartan factores etiológicos comunes. La segunda causa posible es que uno de los trastornos incremente la probabilidad o sea la causa del segundo trastorno (43).

Comorbilidad en psiquiatría

Aún cuando los conceptos anteriores pueden ser fácilmente aplicados a la medicina general, diversos problemas surgen cuando el concepto de comorbilidad es aplicado en la psiquiatría ya que la taxonomía empleada se basa en la fenomenología y no en la fisiopatología de los trastornos (42). Si un trastorno es evaluado en base a síntomas esenciales o característicos, los síntomas restantes o genéricos, no son fundamentales para el diagnóstico y pueden variar sin que afecten la identidad sindromática del trastorno. De esta forma, si dos trastornos comparten síntomas accesorios, pero solo los síntomas esenciales del primer trastorno están presentes, el segundo trastorno no será diagnosticado.

Mediante el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM), dos individuos con el mismo diagnóstico pueden mostrar síntomas heterogéneos, ya que para el establecimiento de un diagnóstico, los individuos no deben cumplir todos y cada uno de los criterios diagnósticos establecidos, sino solo cubrir aquellos criterios que se consideran “esenciales” (45). Por otro lado, las constantes revisiones de los criterios diagnósticos influyen en los índices de comorbilidad diagnóstica debido a las pequeñas modificaciones en las decisiones de clasificación. Ejemplo de lo anterior se observa en la comorbilidad observada entre el trastorno de ansiedad generalizada y el episodio depresivo mayor, la cual se redujo dramáticamente del 73% (criterios del DSMIII) al 23% (criterios del DSMIII-R) debido a las diferencias establecidas en el criterio de duración: un mes en el DSMIII contra 6 meses en el DSMIII-R (46).

A pesar de estas limitaciones conceptuales, el concepto de comorbilidad en psiquiatría es ampliamente utilizado y es necesario conocer la utilidad clínica del concepto, más allá de las dificultades conceptuales que conlleva su definición. Diversos estudios han mostrado que la comorbilidad de diversos trastornos del Eje I o la comorbilidad existente entre trastornos del Eje I y el Eje II conllevan a una pobre respuesta al tratamiento y que incrementan el índice de recaídas y la duración de las hospitalizaciones psiquiátricas (42). Incluso, algunos autores han considerado que la comorbilidad representa un problema en el tratamiento de trastornos psiquiátricos ya que es más frecuente encontrar trastornos psiquiátricos comórbidos que trastornos psiquiátricos puros (47).

Comorbilidad del trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad

Durante los años noventa, con el mayor uso de las clasificaciones del DSM III-R y DMS IV, el problema de la comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos se ha convertido en un tema de importancia clínica y teórica considerable. Es primordial poder diferenciar si los trastornos de ansiedad forman parte de los trastornos afectivos o si son entidades fisiopatológicamente separadas o bien, si son entidades nosológicas comórbidas con los trastornos afectivos.

Una de las razones más importantes para comprender lo difícil que es separar la depresión de la ansiedad es porque ambos conceptos nacieron juntos. La nosología psiquiátrica antigua tan solo se limitaba a la descripción de algunas enfermedades mentales como la melancolía, frenitis, histeria e hipocondría, diagnósticos que incluían sin tomarlo en cuenta algunos aspectos de nuestro concepto actual de ansiedad, pero tal nosografía psiquiátrica tan solo describía estos trastornos en términos de depresión, y desde los escritos del *Corpus Hipocraticum*, y el de médicos como Galeno, Avicena y Paracelso hasta el DSM IV los trastornos de ansiedad y la depresión se abordan como entidades clínicas separadas (8).

La depresión mayor y los trastornos de ansiedad tienen una elevada prevalencia y son diagnósticos que con frecuencia se presentan de forma conjunta (1). Aproximadamente, el 50%-60% de los pacientes con depresión mayor han reportado la presencia de uno o más trastornos de ansiedad, los cuales, en su mayoría, han precipitado el inicio de la depresión (1, 48).

Algunos estudios epidemiológicos han estimado que entre el 56%-73% de los individuos con trastorno de angustia tienen el antecedente de un trastorno depresivo mayor (48, 49). En aproximadamente una tercera parte de las ocasiones el inicio del trastorno de angustia fue anterior al inicio de la depresión mayor (50), mientras que en otra tercera parte de los casos, el momento de inicio de ambos diagnósticos fue similar (4, 48). En relación al trastorno por estrés postraumático, algunos estudios han encontrado que entre el 37%-48% de los pacientes presentan de forma comórbida un trastorno depresivo mayor (48, 51).

Por otro lado, se ha reportado que la fobia social precede el inicio de la depresión mayor en más del 50% de los casos (1, 52). Incluso, se ha documentado que entre el 15%-21% de los individuos con fobia social han presentado a lo largo de su vida un trastorno depresivo mayor (53). En estudios de cohortes se ha reportado una prevalencia de hasta el 60% de esta comorbilidad (52). De la misma forma, se ha encontrado que aproximadamente el 67% de los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada han presentado de forma comórbida un trastorno depresivo mayor (54).

Al igual que los trastornos de ansiedad pueden preceder a un trastorno depresivo mayor, aproximadamente entre el 50%-60% de los pacientes deprimidos han padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo del padecimiento afectivo (2). Algunos autores han considerado que es difícil encontrar pacientes con depresión sin comorbilidad, mientras que es más común encontrar trastornos de ansiedad puros (55).

La comorbilidad en los pacientes con trastorno depresivo mayor puede afectar la planeación del tratamiento y con frecuencia los clínicos no reconocen en estos pacientes otros diagnósticos agregados (56). Diversos estudios han mostrado que la comorbilidad de la depresión y los trastornos de ansiedad se asocia con una mayor severidad sintomática, mayor cronicidad, mayores conductas dirigidas a la búsqueda de atención especializada y un mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial (3, 4).

Una de las principales razones por la cual es importante la detección de la comorbilidad depresión/ansiedad, radica en que la falta de su reconocimiento se asocia con un incremento en las tasa de hospitalizaciones psiquiátricas (57) y un incremento en la tasa de intentos suicidas (4, 58).

Además de las implicaciones clínicas, la comorbilidad de estos diagnósticos tiene un impacto en el tratamiento de los pacientes que la presentan. Se ha descrito que hasta un 40% de estos pacientes presentan una menor adherencia al tratamiento con antidepresivos y que tienen un mayor riesgo de recaídas, lo que representa uno de los principales retos en el tratamiento de estos pacientes: el tratamiento a largo plazo (59).

Se ha considerado que la eficacia de los antidepresivos sea menor en los pacientes que presentan ambos diagnósticos en contraste con la eficacia que presentan en los pacientes que no presentan trastornos de ansiedad, por lo que las dosis empleadas en ambos pacientes así como el tiempo de respuesta y la duración efectiva del tratamiento puede ser diferente (59).

A pesar de la alta prevalencia y las implicaciones clínicas y de tratamiento de la comorbilidad de la depresión con los trastornos de ansiedad, son pocos los estudios transversales y prospectivos que se han realizado. El reconocimiento apropiado y oportuno de esta comorbilidad representa un reto actual tanto en el área de atención como a nivel de investigación clínica y farmacológica.

Personalidad

Modelo psicobiológico de la personalidad

A partir de un sistema dimensional, Robert Cloninger presentó su teoría de la personalidad (60, 61). Esta teoría, conocida como el modelo psicobiológico de la personalidad, se originó a partir de la síntesis de información de estudios en gemelos y familias, en estudios de desarrollo longitudinal, neurofarmacológicos y neurobiológicos del aprendizaje en humanos y animales, así como en estudios psicométricos de la personalidad.

El modelo psicobiológico de la personalidad se basa en conocimientos biogénéticos sobre la estructura que modifica la respuesta adaptativa del sujeto hacia el daño, la evitación y la recompensa, formulando de esta forma, un sistema que describe el temperamento del individuo según la interacción de estas dimensiones. Posteriormente, Cloninger complementó esta descripción del temperamento, con otras tres dimensiones caracterológicas, centradas en el aprendizaje consciente y social del individuo con su entorno (60, 61).

Las dimensiones del temperamento se definieron en términos de las diferencias individuales en el aprendizaje asociativo en respuesta a la novedad, al peligro y al castigo o la recompensa. Los estudios realizados acerca de la estructura de la personalidad han confirmado 4 dimensiones fundamentales del temperamento genéticamente determinadas y tres dimensiones del carácter que se desarrollan durante el proceso de socialización del individuo (62).

El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Las características del temperamento son consideradas como parcialmente hereditarias y se manifiestan desde etapas tempranas del desarrollo del individuo considerándose estables a lo largo de la vida, a pesar de la cultura o aprendizaje social que tenga el individuo. Las dimensiones del temperamento incluyen la búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y la persistencia.

El primer factor de temperamento, *búsqueda de la novedad (NS)*, es visto como un rasgo que determina el inicio o activación de comportamientos, como la exploración en respuesta a algo nuevo, la toma impulsiva de decisiones, la extravagancia en búsqueda de una recompensa y a una evitación activa de la frustración. Los individuos con una elevada búsqueda de la novedad tienden a buscar emociones, a ser impulsivos, extravagantes y desordenados.

El segundo factor del temperamento, *evitación al daño (HA)*, es visto como un rasgo sobre la inhibición o terminación de comportamientos, lo que refleja una tendencia a responder de forma intensa a las señales de un estímulo aversivo, lo que inhibe la actuación e incrementa la evitación al castigo y la novedad. Los individuos con una elevada evitación al daño son tímidos con las personas extrañas, muestran una preocupación pesimista ante la anticipación de futuros problemas, tienden a preocuparse y a mostrarse tensos en situaciones que les son poco familiares, sus conductas son pasivas y evasivas.

El tercer factor del temperamento, la *dependencia a la recompensa (RD)*, refleja una tendencia a responder de forma intensa a señales de recompensa lo que se muestra por

relaciones sociales cálidas, malestar frente a la separación social, necesidad de vinculación social, dependencia a la aprobación de otras personas y sensibilidad hacia las señales sociales (63).

El cuarto factor del temperamento, la *persistencia (PE)*, se representa por el mantenimiento de una conducta a pesar de la frustración y la fatiga que origine (62).

Después de confirmar la estructura genética de las cuatro dimensiones del temperamento, se realizaron otros estudios para identificar otros factores de la personalidad que eran reportados y que no se correlacionaban con lo que era medido por el cuestionario tridimensional de la personalidad (TPQ) (64). Estas observaciones sugirieron que los aspectos de la personalidad que no eran medidos por el TPQ, eran los que correspondían a las dimensiones del carácter que están relacionadas con autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían hacia elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo da a las experiencias de la vida, con la aceptación propia y la aceptación de las demás personas, y con la aceptación de la naturaleza en general.

Las tres dimensiones primarias del carácter hacen referencia a las diferencias individuales en el establecimiento de relaciones interpersonales, que se desarrollan como el resultado de las interacciones no lineales entre el temperamento, el ambiente familiar y las experiencias de vida del individuo (65). El carácter se encuentra moderadamente influenciado por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida.

Las tres dimensiones del carácter del modelo psicobiológico son: 1) la *Autodirección (SD)*, que se refiere a la autodeterminación, autoestima y la capacidad del individuo para controlar, regular y adaptar su conducta a una situación de acuerdo a valores y metas personales, 2) la *Cooperatividad (CO)*, que refleja las diferencias individuales en términos de la aceptación de otros y evalúa aspectos relacionados con la empatía contra el oportunismo, la agresión y la hostilidad, y 3) la *Auto-Trascendencia (ST)*, hace referencia a la identificación transpersonal, la creatividad y la capacidad de renunciación. Cada uno de estos aspectos del carácter interactúan para promover una adaptación a las experiencias de

la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia trastornos emocionales y del comportamiento (63).

Esto sugirió la hipótesis de que los subtipos de personalidad se pueden definir en términos de las variables del temperamento mientras que la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad se puede definir en términos de las dimensiones caracterológicas (61). El Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) evalúa siete rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen las cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior, y las tres dimensiones de carácter de nivel superior. Cada una de estos factores de temperamento y de carácter de nivel superior, son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran veinticinco rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter.

Personalidad, depresión mayor y trastornos de ansiedad

Se ha documentado que las diferencias individuales de la personalidad influyen directamente en el proceso de adaptación y enfrentamiento de las personas con trastornos mentales severos (66). Inclusive se ha observado que las diferencias en los rasgos de la personalidad pueden ser detectadas y que prevalecen aún después de iniciado el padecimiento (67, 68).

Aún cuando hasta el momento, se desconoce las razones de la alta comorbilidad entre la depresión y los trastornos de ansiedad, la evidencia científica sugiere que los rasgos de la personalidad pueden ser factores de riesgo para la comorbilidad entre estos diagnósticos (6).

Los trastornos de la personalidad, la depresión y la ansiedad se han relacionado de tres maneras distintas. Primeramente, se ha considerado que los trastornos de la personalidad pueden preceder el desarrollo de la depresión o la ansiedad. Por otro lado, se ha considerado que el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad anteceden a los trastornos de la personalidad, y finalmente, se ha considerado que existe una interfase de

los trastornos de la personalidad con la depresión y la ansiedad, en donde se presentan de forma conjunta (69).

De forma general, se ha descrito que los pacientes con trastornos de la personalidad evitativo, límite e histriónico, pueden ser sumamente sensibles a los conflictos personales y frustraciones, lo que a su vez les confiere un mayor riesgo para la presentación de un trastorno depresivo mayor (69). Se ha encontrado una alta prevalencia (82.4%) de trastornos de la personalidad en pacientes con un trastorno depresivo mayor (70), mientras que los pacientes con trastornos de ansiedad muestran rasgos de un trastorno dependiente de la personalidad, así como rasgos antisociales de la personalidad (71).

Por otro lado, se ha descrito que los sujetos que presentan depresión y trastornos de ansiedad muestran rasgos de la personalidad distintos a cuando se presentan estas entidades diagnósticas de forma independiente (72). Utilizando el modelo dimensional de Millon, diversos estudios han mostrado que estos pacientes tienden a tener mayores puntuaciones en la dimensión de neuroticismo y una baja extraversión (72-74).

Hasta el momento son pocos los estudios que han utilizado el modelo psicobiológico de Cloninger para hacer una descripción de los rasgos de la personalidad en los pacientes con depresión mayor y comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Diversas investigaciones han demostrado que un elevado HA, caracterizado por inhibición y aislamiento social, timidez y pobre adaptación, está asociada con la depresión (75-78). Inclusive, se ha documentado que las puntuaciones del HA se relacionan con el ánimo depresivo en el momento de la evaluación de la personalidad (76, 78, 79). Se ha considerado que la experiencia de un cuadro depresivo tiene un impacto en la autoestima y el autoconcepto, constructos evaluados por la dimensión HA (80).

La asociación del HA y la depresión ha sido el hallazgo más reportado (81), sin embargo, otras investigaciones han encontrado una relación de la depresión con otras dimensiones de temperamento. Ampollini (82), encontró mayores niveles de RD en pacientes con depresión

mayor y concluyó que la tendencia a responder de forma intensa a las señales de recompensa puede predisponer a un individuo a la depresión. No obstante este hallazgo no ha sido replicado en estudios posteriores (83).

Así como una elevada HA se ha asociado con la depresión, otros estudios han mostrado que esta dimensión de temperamento también tiene una relación directa con la ansiedad (84-86), lo cual también ha sido reportado en pacientes que presentan de forma conjunta ambos diagnósticos (87). Sin embargo, algunos autores han considerado que esta asociación es secundaria exclusivamente a la presencia de los síntomas de depresión y que cuando los síntomas de depresión son excluidos, la asociación entre HA y la ansiedad disminuye o no se presenta (88). Otra dimensión de temperamento que se ha asociado con los trastornos de ansiedad es el NS, el cual diferencia a estos pacientes con aquellos que cursan solo con depresión mayor (77, 87).

En relación a las dimensiones de carácter, la dimensión SD se ha asociado tanto con la depresión como con la ansiedad (89) e inclusive esta dimensión del carácter se ha considerado como una característica común de los trastornos de la personalidad (88, 90).

- **Justificación**

La depresión y los trastornos de ansiedad son diagnósticos psiquiátricos con una alta prevalencia en la población, y que tienen repercusiones directas en el funcionamiento psicosocial global del individuo. En recientes años, aún cuando los resultados de diversas investigaciones con respecto a la influencia de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor han sido contradictorios, de forma general se ha observado que la presencia de estos diagnósticos de forma comórbida, dificultan el tratamiento y el pronóstico de los individuos que los padecen.

Los rasgos de la personalidad como un factor de riesgo asociado a la manifestación de un trastorno de ansiedad en la depresión mayor es importante para el área de la salud mental, ya que al reconocer las dimensiones de temperamento y carácter relacionadas con los trastornos de ansiedad en la depresión mayor será posible desarrollar nuevas alternativas de intervención y tratamiento para los pacientes deprimidos, lo cual además de tener un impacto sobre la recuperación clínica del paciente, permitirá tener un mayor conocimiento sobre los factores individuales y clínicos asociados a la comorbilidad entre estos diagnósticos psiquiátricos.

De esta forma, la presente investigación busca determinar si los rasgos de la personalidad, entendidos como dimensiones del temperamento y carácter pueden ser factores predictores de un trastorno de ansiedad en pacientes con el diagnóstico de depresión.

- **Planteamiento del Problema**

Hasta el momento, son pocos los estudios que se han avocado al estudio de la personalidad como factor de riesgo para la aparición de un trastorno de ansiedad en la depresión mayor en nuestro país.

Además, los estudios clínicos de evaluación de la personalidad en la depresión han empleado mediciones que no hacen una distinción entre el temperamento y el carácter, por lo que el uso del Inventario de Temperamento y Carácter para el estudio de estas variables puede ser una poderosa herramienta clínica para la evaluación del riesgo conferido por las dimensiones de la personalidad en la aparición de un trastorno de ansiedad en pacientes con un primer episodio de depresión mayor.

- **Objetivos**

Objetivo General

Determinar si los rasgos de la personalidad son predictores de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor.

Objetivos específicos

1. Describir y determinar las diferencias sociodemográficas y clínicas de pacientes con depresión mayor con trastornos de ansiedad y sin trastornos de ansiedad.
2. Describir y determinar las diferencias en las dimensiones de temperamento y carácter en pacientes deprimidos con trastornos de ansiedad y sin trastornos de ansiedad.
3. Determinar la asociación entre la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión con las dimensiones de temperamento y carácter.

• Hipótesis

Hipótesis General

Los rasgos de la personalidad, como dimensiones del temperamento y carácter, son predictores de la aparición de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor.

Hipótesis Específicas

H1. Los pacientes deprimidos con un trastorno de ansiedad tendrán un menor funcionamiento psicosocial, una edad de inicio del trastorno depresivo más temprana y mayor comorbilidad con el antecedente de abuso de sustancias en contraste con los pacientes deprimidos sin trastornos de ansiedad.

H2. Los pacientes deprimidos con un trastorno de ansiedad mostrarán una mayor evitación al daño, menor búsqueda de la novedad y una menor dependencia a la recompensa (temperamento) y una menor autodirección (carácter) que los pacientes deprimidos sin trastornos de ansiedad.

H3. La severidad de los síntomas de depresión y ansiedad mostrarán una asociación directa con las dimensiones del temperamento y carácter.

- **Metodología**

Diseño del Estudio

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, comparativo de casos. El primer grupo de análisis estuvo conformado por aquellos pacientes con el diagnóstico de depresión mayor sin un trastorno de ansiedad comórbido, y el segundo grupo de análisis, por aquellos pacientes con el diagnóstico de depresión mayor y comorbilidad con algún trastorno de ansiedad.

Población

El tamaño de la muestra estuvo basado en el número mínimo requerido para demostrar la presencia de trastornos de ansiedad en pacientes con depresión mayor. Los principales estudios epidemiológicos en el área de la salud mental, han mostrado que aproximadamente el 50% de los pacientes con depresión tienen el diagnóstico comórbido de algún trastorno de ansiedad a lo largo de su padecimiento, por lo que se determinó que el estudio de 80 pacientes con depresión mayor sería suficiente para encontrar la presencia del porcentaje estimado de trastornos de ansiedad con un 80% de poder estadístico y un intervalo de confianza del 95%.

Criterios de Inclusión

1. Diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM- IV.
2. Ambos sexos.
3. Edad entre 18 - 60 años.
4. Consentimiento informado para participar en el estudio.
5. Que sepan leer y escribir.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes cuyo diagnóstico principal no sea el de depresión mayor.
2. Menores de 18 años.
3. Cualquier trastorno del Eje I distinto al de depresión mayor o trastorno de ansiedad.
4. Trastorno mental secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario o enfermedad médica que confunda el diagnóstico de depresión.
5. Dificultad para comunicarse y cooperar.

Definición Conceptual y Operacional de las Principales Variables del Estudio

Las variables clínicas incluidas en el estudio son:

1.- Depresión mayor

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que puede manifestarse como un episodio único en el curso de la vida o como varios episodios recurrentes. Las personas que padecen depresión presentan alteraciones en el área afectiva, cognitiva y fisiológica, impactando la capacidad funcional de los pacientes que la padecen (11). Para el presente estudio, se incluyeron pacientes con un primer episodio de depresión, definido como la primera admisión en la vida a un servicio de atención psiquiátrica y que nunca han recibido tratamiento específico debido a la presencia de síntomas de depresión.

Para la obtención del diagnóstico de trastorno de depresión se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV (11).

Características y niveles de medición de la variable

Para el presente estudio, el diagnóstico de depresión mayor, se consideró una variable categórica evaluada como “presente” o “ausente”.

2.- Trastornos de ansiedad

Para la realización del presente estudio, se incluyeron los siguientes diagnósticos:

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se presenta como la preocupación excesiva y exagerada sobre dos o más circunstancias de la vida. Como ejemplos de éstas, tenemos a la salud, la situación económica, el desempeño en el trabajo y la situación marital. Para poder establecer el diagnóstico de este padecimiento, es necesario que se presenten dichas molestias todos los días y durante un período mayor a los seis meses. También es requisito que se manifiesten cuando menos,

seis de los siguientes síntomas que se han agrupado en tres apartados: 1) tensión motora (temblores, tensión muscular y fatigabilidad), 2) hiperactividad autonómica (falta de aire, palpitaciones, sudoración, boca seca, zumbidos de los oídos, náusea, escalofríos y dificultades al orinar ya sea por sensación de aumento del tamaño de la vejiga o una mayor frecuencia de la micción) y 3) vigilancia y alerta (sentimiento de estar atrapado o en el límite, respuesta exagerada a los sustos, problemas en la concentración, en el sueño e irritabilidad) (11, 91).

Crisis de angustia

Las crisis de angustia se caracterizan por la presencia de intensos síntomas somáticos de la ansiedad como: falta de aire, palpitaciones, mareos, temblor, sudoración, náusea o incomodidad abdominal, adormecimientos de extremidades, sensación de frío o de calor, y miedo importante a morir o bien a perder la razón. En general, la aparición de dichas crisis se da de manera inesperada, aunque algunas de ellas el paciente las puede relacionar con situaciones de agorafobia (11, 91).

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se manifiesta por la presencia de ideas persistentes, o bien pensamientos, imágenes o impulsos que son experimentados como intrusivos. Es decir ajenos a la voluntad de la persona, y generalmente con temas que hacen padecer un gran sufrimiento a quien los experimenta.

Otra característica de estos pensamientos es que se manifiestan de manera repetitiva (obsesiones), y por períodos prolongados de tiempo, llegando en ocasiones a dar una gran incapacidad, debido al tiempo dedicado a dichas ideas.

Las obsesiones frecuentemente se acompañan de conductas, que se ejecutan también de manera repetitiva, estereotipada y que son percibidas como innecesarias (cuando menos inicialmente) y a estas conductas se les conoce como compulsiones. Las conductas compulsivas, al igual que las obsesiones consumen una gran cantidad de tiempo y frecuentemente, dichos actos se realizan en respuesta a una obsesión (11, 91).

Fobias

Los síntomas cardinales del padecimiento son la presencia de un miedo intenso e irracional para algo en particular. Dentro de las fobias se han descrito tres tipos principales: la fobia específica, la fobia social y la agorafobia. Este padecimiento, que es el más común en psiquiatría, raramente se trata por un especialista (menos del 1% de los casos). La incapacidad que genera la fobia depende del estímulo y del efecto de ésta en la vida del paciente (11, 91).

Para la obtención de los diagnósticos de los diferentes trastornos de ansiedad se utilizarán los criterios diagnósticos del DSM-IV (11).

Características y niveles de medición de la variable

Para el presente estudio, el diagnóstico de trastorno de ansiedad, se consideró una variable categórica evaluada como “presente” o “ausente”.

3.- Severidad de síntomas depresivos y ansiosos

El campo de la depresión ha sido uno de los más fértiles para la generación de diferentes instrumentos clinimétricos, tanto para medir su severidad como para hacer el diagnóstico de esta frecuente entidad patológica.

Por otro lado, la dificultad en trazar una línea divisoria entre ansiedad y depresión ha representado un problema muy frecuente en la producción de estas escalas. Por lo regular, en las escalas que han sido diseñadas para la evaluación de la ansiedad clínica, es común que se incluyan en ellas preguntas o reactivos que también evalúan la depresión. De igual manera, las escalas que miden la depresión frecuentemente contienen preguntas acerca de la ansiedad.

En lo que respecta a la forma de obtener la información, las escalas para la depresión pueden dividirse en las que un observador evalúa la sintomatología, y aquellas de autoadministración. Es importante señalar como ya se había mencionado anteriormente, la

otra división de las escalas para evaluar la depresión, en cuanto a las que miden la intensidad de los síntomas y las que hacen el diagnóstico.

En el área de los trastornos de la ansiedad se han hecho diversos intentos para tratar de dividir a lo que llamamos ansiedad como un estado (también conocida como sintomática) y la ansiedad como un rasgo (un nivel habitual de ansiedad), de acuerdo al curso de los síntomas. Del mismo modo, las escalas que evalúan los trastornos ansiosos estarán encaminadas a medir la ansiedad como estado (91).

Existen varias pautas que nos indican cómo definir la ansiedad. La primera es una sensación de aprehensión molesta y difusa, que se acompaña de varias sensaciones corporales. Se ha postulado que este estado funciona como un mecanismo adaptativo para enfrentar situaciones potencialmente peligrosas. También el término ansiedad se ha asociado mucho al de estrés, de hecho cada vez que el individuo enfrenta una situación potencialmente amenazante, se puede decir que se enfrenta a una situación estresante, lo que no implica, en todos los casos, que el paciente esté cursando con un trastorno de ansiedad. Esto depende de que tan bien equipado se encuentre el individuo tanto psicológica como biológicamente (arousal) para enfrentar estas situaciones. De lo anterior podemos derivar que existen ciertos individuos que están en mayor vulnerabilidad para sufrir de ansiedad (91).

Para la evaluación de los síntomas depresivos se utilizó la Escala de Depresión de Montgomery & Asberg y para la evaluación de los síntomas ansiosos al momento del estudio se empleó la Escala de Ansiedad de Hamilton (92, 93).

Características y niveles de medición de la variable

Las puntuaciones de la severidad de los síntomas depresivos y ansiosos, obtenidas por medio de la Escala de Depresión de Montgomery & Asberg y la Escala de Ansiedad de Hamilton son de tipo intervalar y se emplearon para realizar comparaciones entre los sujetos con trastorno depresivo mayor con y sin comorbilidad con trastornos de ansiedad.

4.- Personalidad

La personalidad ha sido definida como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan el ajuste individual del individuo a su entorno (94) y se encuentra conformada por el temperamento y el carácter. El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. El temperamento es una condición parcialmente hereditaria que se manifiesta desde etapas tempranas del desarrollo y se mantiene estable a lo largo del ciclo vital. El carácter hace referencia a las diferencias individuales que se desarrollan como el resultado de las interacciones no lineales entre el ambiente familiar y las experiencias de vida del individuo que se encuentran influenciadas por el aprendizaje sociocultural.

Para la realización del presente estudio se incluyeron 3 factores del temperamento y un factor del carácter. El primer factor de temperamento, búsqueda de la novedad, determina el inicio o activación de comportamientos, así como también involucra una rápida pérdida del temperamento, y una evitación activa ante la frustración. Los individuos con una elevada búsqueda de la novedad tienden a buscar emociones, a ser impulsivos, extravagantes y desordenados. El segundo factor del temperamento, evitación al daño, refleja una tendencia a responder de forma intensa a las señales de un estímulo aversivo, lo que inhibe la actuación e incrementa la evitación al castigo y la novedad. Los individuos con una elevada evitación al daño son tímidos con las personas extrañas, muestran una preocupación pesimista ante la anticipación de futuros problemas, tienden a preocuparse y a mostrarse tensos en situaciones que les son poco familiares, sus conductas son pasivas y evasivas. El tercer factor, dependencia a la recompensa refleja la dependencia a la vinculación y aprobación de otras personas y una elevada sensibilidad hacia las señales sociales de recompensa (63).

En cuanto a los factores de carácter se incluyó a la autodirección. El concepto básico de la autodirección es la autodeterminación o la capacidad del individuo para controlar, regular y adaptar su comportamiento a una situación determinada de acuerdo a su selección personal de metas y objetivos. La autodirección se considera como un proceso de desarrollo que

incluye la responsabilidad que asume el sujeto por sus actos en lugar de culpar a otros, la identificación de objetivos y metas personales, el desarrollo de habilidades y confianza para la resolución de problemas y la autoaceptación (95).

La evaluación de las dimensiones de temperamento y carácter incluidas en el estudio se realizó por medio de la aplicación del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) (62, 96).

Características y niveles de medición de la variable

Las puntuaciones de las dimensiones de temperamento y carácter, obtenidas por medio del Inventario de Temperamento y Carácter, son de tipo intervalar y fueron utilizadas para realizar comparaciones entre los sujetos con trastorno depresivo mayor con y sin comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

Formato de Datos Clínico Demográficos (FD CD)

El formato de datos clínico-demográficos diseñado previamente se compone de 3 áreas conformadas por diversos reactivos en donde se registra y concentra la información necesaria de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato es necesario realizar un interrogatorio dirigido tanto al paciente como al familiar (es) que tenga un contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio.

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, la escolaridad del paciente completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) y su

ocupación en la actualidad. En esta sección se encuentra un reactivo correspondiente al "Familiar de Referencia", en donde se registran los datos completos de por lo menos uno de los familiares, con el objetivo de poder localizar al paciente en caso de ser necesario.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los Criterios del DSM IV, tales como el diagnóstico de depresión y trastornos de ansiedad, la cronicidad del padecimiento, y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, la edad del paciente en su primera hospitalización psiquiátrica (en caso de haber sido hospitalizado durante el curso del padecimiento), el número total de hospitalizaciones, el período de tiempo total de las hospitalizaciones (registrado en semanas), y la duración de la enfermedad no tratada (DENT), esta última definida como el intervalo de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas depresivos y el inicio del tratamiento especializado. Esta información se obtuvo mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información al paciente y sus familiares.

Para completar el FDCD se incluyó la sección de "Antecedentes de Abuso de Sustancias" el cual fue completado mediante la información obtenida durante la realización de la entrevista diagnóstica.

Escala Global de Funcionamiento (GAF)

El GAF es el sistema de evaluación global que adoptó la Asociación Psiquiátrica Americana como uno de los ejes de clasificación a partir del DSMIII en 1980.

En la versión del DSM-IV sufrió pequeñas modificaciones. Este sistema es una de las formas de evaluación global más ampliamente utilizadas en psiquiatría. El GAF es una escala continua del 1 al 100, donde el clínico evalúa en forma general el estado del paciente en las áreas de funcionamiento psicológico, social y ocupacional.

El puntaje máximo es de 90 puntos que implica que los síntomas están ausentes o son mínimos, por otro lado el puntaje mínimo es de 1 punto donde implica que hay peligro persistente de dañarse a sí mismo o a otros o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima. El 0 se califica cuando hay información inadecuada (11).

Escala de Depresión de Montgomery & Asberg (MADRS)

Para la evaluación de los trastornos afectivos se cuenta con diferentes escalas que miden la severidad sintomática. La Escala de Depresión de Montgomery & Asberg (abreviada como MADRS), es una escala heteroaplicada para la evaluación cuantitativa de los síntomas depresivos.

La escala se desarrolló a partir de los 65 reactivos que conforman la escala denominada Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (97). Se evaluó la sensibilidad de los 17 reactivos de mayor frecuencia de presentación de este instrumento y los 10 reactivos con mayores valores de sensibilidad fueron seleccionados (98). Cada uno de estos reactivos se califica sobre una escala del 0 al 6 de acuerdo a la intensidad de la severidad de los síntomas. El puntaje total va de 0 a 60 y un decremento en la puntuación total representa una mejoría clínica de los síntomas depresivos.

Se han llevado a cabo diversos estudios de validación en poblaciones de pacientes deprimidos tanto en Inglaterra como en Suecia (98) y en estudios más recientes se ha reportado que la escala cuenta con una alta sensibilidad y confiabilidad entre observadores con una alfa de Cronbach de 0.76 (99).

En México, se evaluó la consistencia interna del instrumento a partir de la reproductibilidad interobservadores. Se incluyeron 6 pacientes deprimidos que fueron evaluados por seis residentes en el área de psiquiatría clínica que fueron entrenados previamente para la aplicación de la escala. Tras la aplicación del instrumento se observaron correlaciones significativas (entre 0.97 y 1.00) en los puntajes otorgados por

47

cada uno de los evaluadores. De la misma forma, se realizó un análisis de los clusters de los evaluadores con dos factores principales y rotación varimax, encontrando que un cluster explicaba el 99.6% de la varianza (100).

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)

Los niveles de ansiedad pueden ser medidos empleando entrevistas semiestructuradas diseñadas para trastornos ansiosos en general o bien, empleando escalas basadas en entrevista, en este sentido la escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (abreviada con frecuencia como HAM-A) es la más ampliamente usada y la mejor conocida.

La escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A), ha sido muy utilizada para valorar la severidad de la enfermedad, el intervalo de tiempo que debe de transcurrir entre una aplicación y la siguiente, de manera que sea sensible al cambio es de 72 horas.

Consta de 14 preguntas, cada una de ellas se califica del 0 al 4. La confiabilidad de esta escala es del 80% entre observadores. La validez interna del instrumento indica que contiene dos dimensiones, la de ansiedad psíquica y la somática. Por otro lado, la validez de concepto, obtenida por medio del análisis factorial apoya la idea de un factor psiquiátrico y otro somático.

Este instrumento se encuentra traducido en español y ha sido usado en varias investigaciones (92, 93). Para determinar la consistencia interna de la escala se obtuvo el coeficiente de confiabilidad calculando la proporción entre la varianza individual y la varianza de error. El coeficiente de confiabilidad de la escala de ansiedad de Hamilton en pacientes con crisis de angustia fue 0.84 mientras que para los pacientes con ansiedad generalizada fue 0.18. No obstante, las puntuaciones obtenidas en pacientes con ansiedad generalizada se encontraron dentro del rango (24.6 +/- 3.0 en un rango de 19-32 puntos) (101).

Los autores concluyen que la escala puede diferenciar los síntomas producidos directamente por la ansiedad generalizada de aquellos originados por las crisis de angustia y que esta diferencia puede ser secundaria al concepto de ansiedad generalizada como categoría diagnóstica (101)

Inventario de Temperamento y Carácter

El ITC desarrollado por Cloninger es un instrumento de autoaplicación conformado por 240 preguntas de respuesta forzosa que tienen como opciones “verdadero” o “falso”. El instrumento desarrollado por Cloninger ha demostrado su utilidad en los estudios en donde se relacionan los factores biológicos y la personalidad. Esto se ve reflejado en el artículo publicado por Epstein, en donde un polimorfismo del alelo del receptor para dopamina D4, marcó diferencias en la subescala de “búsqueda de la novedad” del ITC (102).

Para su estandarización en nuestro país se utilizó una muestra de población tipo censo por disponibilidad de 269 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad. Una parte de esta muestra (125 sujetos), fue obtenida del grupo de alumnos que aspiraron a la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac durante la convocatoria de 1995. La otra parte (144 sujetos) fue obtenida de un grupo de personas que asistieron de manera abierta a un centro cultural de la Ciudad de México (96).

Para la traducción del ITC se contó con la versión original de la prueba diseñada para mayores de 18 años de edad. La traducción del inglés al español fue realizada por un médico psiquiatra, para después volverla a traducir al inglés por otra persona igualmente capacitada, corroborando que no se llegara a perder los conceptos originales de cada reactivo del instrumento. Posteriormente se realizó un estudio piloto con una muestra de veinte médicos y personal hospitalario, y veinte pacientes psiquiátricos de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. A partir de estas versiones preliminares se conformó la traducción final al español (96).

En este estudio se reportan los promedios y desviaciones estándar para la población mexicana de cada una de las subescalas del ITC. Se determinó la consistencia interna del instrumento global y de cada una de sus escalas y subescalas mediante el α de Cronbach. Los resultados de la consistencia interna de las subescalas de temperamento (búsqueda de la novedad 0.70, evitación al daño 0.82, dependencia a la recompensa 0.59 y persistencia 0.47) y de carácter (autodirección 0.87, cooperatividad 0.79 y autotrascendencia 0.84) fueron similares a las reportadas por Cloninger (63). El valor más bajo de las α de Cronbach correspondió a la subescala de carácter C3 (0.39), mientras que el resto se mantuvo dentro del rango descrito por los autores del ITC.

La traducción al español del Inventario de Temperamento y Carácter se comportó, desde el punto de vista psicométrico, en forma similar a la reportada para la versión original ya que los promedios y desviaciones estándar de las subescalas no fueron diferentes, a pesar de las diferencias culturales, conservando su consistencia descrita por los autores originales del instrumento. Al realizar la traducción del ITC, se temía que los reactivos referentes a las subescalas de carácter fueran a perder su valor, especialmente los que cubren la subescala de “Autotrascendencia” debido al manejo de conceptos religiosos y morales. Sin embargo la correlación de la subescala de “Autotrascendencia” con el resto de las subescalas de carácter, se comportó de manera similar a la descrita por Cloninger (96).

La versión en español del ITC ha sido utilizada en diferentes trabajos de investigación clínica en nuestro medio obteniéndose resultados congruentes (103-105), teniendo así la posibilidad de contrastar los resultados de la estandarización en población mexicana con los reportados por Cloninger (63).

En un estudio comunitario con 98 pacientes realizado por Páez (106) se encontró que los sujetos que se ubicaban en el 25% de la distribución, en la escala de autodirección, son portadores de alguna categoría diagnóstica de trastornos de la personalidad definidos por el DSMIII-R, arrojando una cifra de 7.2%, lo cual es congruente con lo reportado por diversos autores (107, 108).

Por otro lado, en un estudio realizado en México en donde se compararon las puntuaciones promedio de las dimensiones del ITC en pacientes con depresión mayor y sujetos control pareados por edad, género y escolaridad, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en las dimensiones de carácter y en la dimensión de temperamento “Evitación al Daño”. Asimismo, el ITC mostró adecuados valores de confiabilidad para los pacientes con depresión (81).

La disponibilidad de una versión en español del Inventario de Temperamento y Carácter puede contribuir al desarrollo de líneas de investigación clínica en las poblaciones de habla hispana.

• **Procedimiento**

El reclutamiento de pacientes se realizó de forma consecutiva en el servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, en la búsqueda de pacientes con el diagnóstico de depresión mayor hasta que el número de pacientes deseado (80 pacientes) sea reclutado. Los pacientes que cumplieron con el escrutinio inicial fueron los que en el servicio de preconsulta, fueron diagnosticados con depresión, sin comorbilidad con otros diagnósticos del Eje I diferentes a trastornos de ansiedad, de acuerdo a la entrevista semiestructurada M.I.N.I. (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview) (109). Esta entrevista es el instrumento de tamizaje que se emplea para la valoración inicial de todos los candidatos a tratamiento en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

A los candidatos que pasaron el escrutinio se les explicó el estudio y se les pidió su consentimiento informado (Anexo 1). Una vez que el paciente brindó su consentimiento informado y fue confirmado el diagnóstico de depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, se completó el “Formato de Datos Clínicos Demográficos” (FDCD). Para el llenado correcto del FDCD se utilizó una guía semiestructurada basada en otros instrumentos y la recolección de los datos se hizo mediante un interrogatorio directo

con el paciente y su familiar (es), con un contacto estrecho y pleno conocimiento de la evolución del padecimiento.

Una vez completado el FDCD se aplicaron las escalas de severidad sintomática y la Escala de Funcionamiento Global (GAF). Posteriormente, a cada uno de los pacientes se les entregó el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) (62), que es un cuestionario autoaplicable, para que fuera contestado. Las fuentes de información para el correcto llenado de cada uno de los instrumentos fueron los pacientes y sus familiares.

• **Análisis Estadístico**

Para la descripción de características clínicas y demográficas entre grupos diagnósticos, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviación estándar (D.E.) para las variables continuas.

Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos se utilizó la Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos y la t de Student para contrastes continuos.

Se realizó un análisis de regresión logística con el método “introducir” para determinar el riesgo conferido por las dimensiones de temperamento y carácter, obtenidas mediante el ITC para la presentación de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor. De la misma forma, se incluyeron en el modelo de regresión aquellas variables demográficas que mostraron diferencias entre grupos. Se realizó una codificación “dummy” de las variables incluidas en el modelo de regresión logística. Las puntuaciones del ITC fueron dicotomizadas de acuerdo a las puntuaciones medias obtenidas, en donde el “0” se asignó a los valores considerados de “no riesgo”, mientras que el “1” fue asignado a los valores considerados como de “riesgo”. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

- **Consideraciones Éticas**

El estudio se adapta a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki (110).

A todos los pacientes se les informó verbalmente de los procedimientos a realizar y se solicitó su consentimiento por escrito para su participación en el estudio guardando su confidencialidad y aprobación para reportar los resultados. Además, se pidió el consentimiento de un familiar y de un testigo, para garantizar el entendimiento y comprensión de los procedimientos a seguir para la realización del estudio.

Los apartados que constituyen el consentimiento informado son: a) la justificación y objetivos de la investigación, b) los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, c) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente, c) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico.

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los pacientes que aceptaron participar, se les asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales están bajo el resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Anexo 2).

- **Resultados**

a) Características sociodemográficas y clínicas

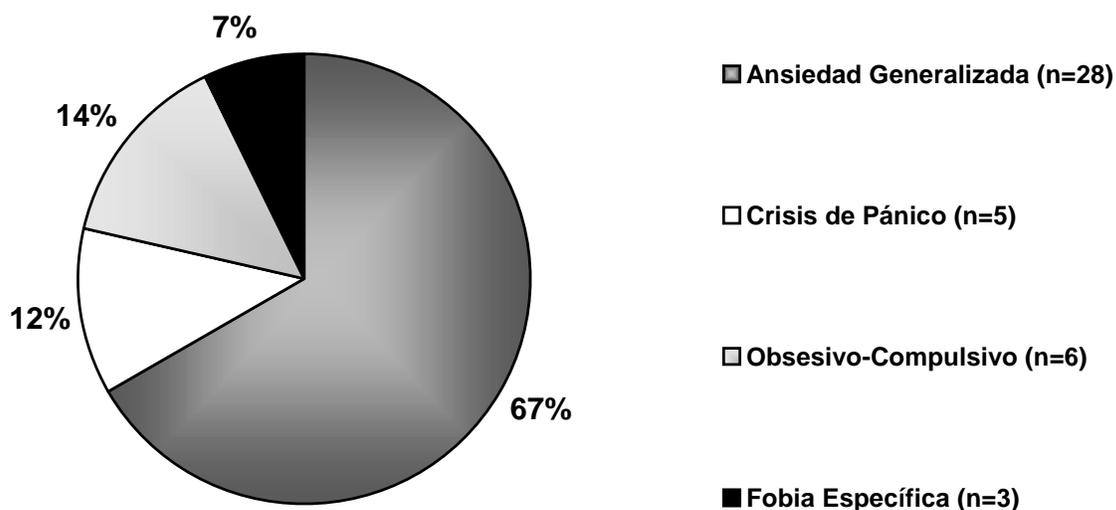
Se incluyeron un total de 80 pacientes en su primer episodio de depresión mayor. El 72.5% (n=58) de los pacientes fueron mujeres y el 27.5% (n=22) fueron hombres, con una edad promedio de 33.3 ± 10.8 años (rango 18-60 años). El 63.8% (n=51) de los pacientes se encontraba sin pareja (solteros=30, 37.5%; viudos=1, 1.3%; divorciados/separados=20, 25.0%) y el 36.3% (n=29) estaban casados o viviendo en unión libre al momento del estudio.

La mayoría de los pacientes incluidos tenían un bajo nivel socioeconómico (n=53, 66.3%), seguido del 21.3% (n=17) con un nivel socioeconómico medio y el 12.5% (n=10) con un nivel socioeconómico alto. La escolaridad promedio fue de 11.5 ± 2.9 años (rango 3-19 años), equivalente al segundo año de estudios medio-superiores (preparatoria). En relación a la ocupación al momento del estudio, el 28.8% (n=23) se encontraban desempleados, el 18.8% (n=15) se dedicaban a actividades en el hogar, el 16.3% (n=13) estudiaban y el 36.3% (n=29) tenían un empleo remunerado.

La edad de inicio del cuadro de depresión fue a los 27.2 ± 12.0 años (rango 8-55 años) con un promedio de 272.7 ± 321.1 semanas (rango 2-1196) de enfermedad no tratada (DENT).

Del total de los pacientes incluidos, el 52.5% (n=42) tuvieron comorbilidad con algún trastorno de ansiedad, mientras el 47.5% (n=38) restante no mostró comorbilidad con trastornos de ansiedad. En la Gráfica 1 se muestran los diferentes diagnósticos de trastornos de ansiedad que presentaron los pacientes del estudio.

Gráfica 1. Comorbilidad de los trastornos de ansiedad en pacientes con un primer episodio de depresión



No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas entre los pacientes deprimidos con un trastorno de ansiedad y aquellos pacientes sin comorbilidad con trastornos de ansiedad. Sin embargo, los pacientes con trastornos de ansiedad mostraron una edad de inicio de la enfermedad más temprana y una mayor duración de la enfermedad no tratada (Tabla 1).

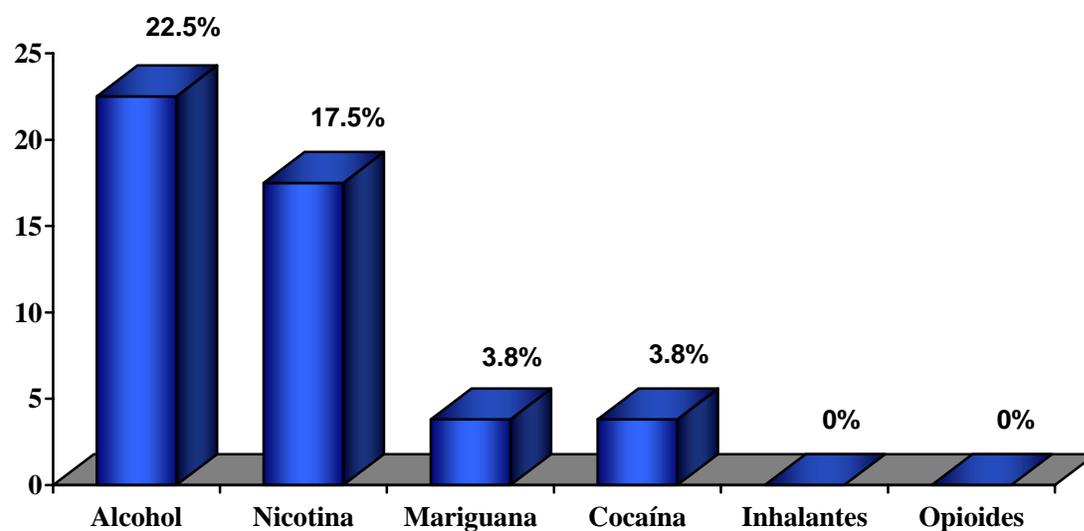
Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas entre pacientes deprimidos con y sin trastornos de ansiedad

	Depresión Sin T. Ansiedad		Depresión Con T. Ansiedad		Estadística
	n	%	n	%	
Género					
Masculino	10	26.3	12	28.6	$\chi^2=0.05$, 1 gl, $p=0.82$
Femenino	28	73.7	30	71.4	
Estado Civil					
Sin pareja	26	68.4	25	59.5	$\chi^2=0.68$, 1 gl, $p=0.40$
Con pareja	12	31.6	17	40.5	
N. Socioeconómico					
Bajo	23	60.5	30	71.4	$\chi^2=1.18$, 2 gl, $p=0.55$
Medio	9	23.7	8	19.0	
Alto	6	15.8	4	9.5	
Actividad Laboral					
Sin actividad	11	28.9	12	28.6	$\chi^2=0.001$, 1 gl, $p=0.97$
Con actividad	27	71.1	30	71.4	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	34.3	12.5	32.3	9.2	$t=0.81$, 78 gl, $p=0.42$
Escolaridad (años)	11.6	2.9	11.5	3.0	$t=0.12$, 78 gl, $p=0.90$
Edad de inicio	30.1	12.6	24.6	11.0	$t=2.08$, 78 gl, $p=0.04$
DENT (semanas)	169.3	273.1	366.2	335.4	$t=-2.89$, 78 gl, $p=0.005$

b) Comorbilidad con abuso de sustancias

El abuso de sustancias se presentó en el 28.8% (n=23) de los pacientes, siendo el abuso de alcohol (n=18, 22.5%) el más frecuente. Ninguno de los pacientes reportó abuso actual de inhalantes u opioides. En la Gráfica 2 se muestran las frecuencias del abuso de sustancias del total de la muestra.

Gráfica 2. Comorbilidad con abuso de sustancias del total de la muestra



El abuso de sustancias fue similar entre los pacientes de ambos grupos diagnósticos ($p=0.64$), sin que se encontraran diferencias significativas en la comparación de sustancias específicas de abuso (Tabla 2).

Tabla 2. Antecedente de abuso de sustancias entre grupos diagnósticos

	Depresión Sin T. Ansiedad		Depresión Con T. Ansiedad		Estadística
	n	%	n	%	
Alcohol					
No	29	76.3	33	78.6	$\chi^2=0.05$, 1 gl, $p=0.80$
Si	9	23.7	9	21.4	
Nicotina					
No	32	84.2	34	81.0	$\chi^2=0.14$, 1 gl, $p=0.70$
Si	6	15.8	8	19.0	
Mariguana					
No	35	92.1	42	100.0	$\chi^2=3.44$, 1 gl, $p=0.06$
Si	3	7.9	0		
Cocaína					
No	35	92.1	42	100.0	$\chi^2=3.44$, 1 gl, $p=0.06$
Si	3	7.9	0		

c) Severidad sintomática y funcionamiento psicosocial

La puntuación promedio total de la Escala de Depresión de Montgomery & Asberg (MADRS) fue de 31.3 ± 7.5 puntos (rango 11-46 puntos) lo que refleja una depresión de intensidad moderada en los pacientes incluidos. El promedio de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) fue de 24.1 ± 6.8 puntos (rango 9-39 puntos). Los pacientes tuvieron una puntuación promedio de 58.9 ± 4.5 puntos (rango 50-70 puntos) en la Escala Global

de Funcionamiento (GAF) indicativo de un deterioro moderado en el funcionamiento psicológico, social y ocupacional.

Al comparar la severidad sintomática y el funcionamiento global entre pacientes deprimidos con y sin comorbilidad con trastornos de ansiedad, se observó que los pacientes con un trastorno de ansiedad presentaron una mayor severidad de los síntomas de depresión y de ansiedad y se observó una tendencia a que presentaran un funcionamiento psicosocial global más bajo que aquellos pacientes sin comorbilidad con trastornos de ansiedad (Tabla 3).

Tabla 3. Severidad sintomática y funcionamiento psicosocial entre grupos diagnósticos

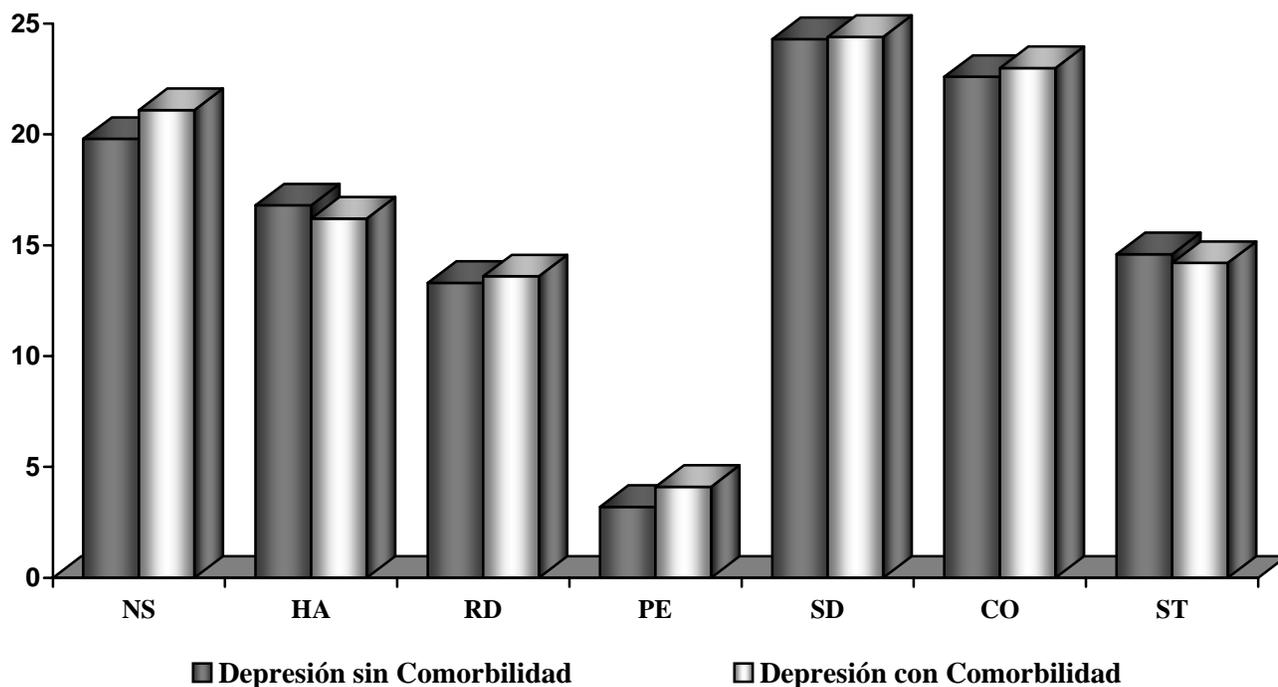
	Depresión		Depresión		Estadística
	Sin T. Ansiedad		Con T. Ansiedad		
	Media	D.E.	Media	D.E.	
MADRS	28.2	7.9	34.0	5.9	t=-3.68, 78 gl, p<0.001
HAM-A	20.3	7.0	27.6	4.6	t=-5.39, 78 gl, p<0.001
GAF Actual	59.9	3.8	58.1	5.0	t=1.85, 78 gl, p=0.07

d) Dimensiones de temperamento y carácter

Las puntuaciones promedio de las dimensiones de temperamento del total de la muestra fueron las siguientes: a) Búsqueda de la novedad (NS) 20.5 ± 4.4 , b) Evitación al daño (HA) 16.5 ± 4.4 , c) Dependencia a la recompensa (RD) 13.5 ± 2.9 y, d) Persistencia (PE) 3.7 ± 1.5 . Las puntuaciones promedio de las dimensiones de carácter fueron: a) Autodirección (SD) 24.3 ± 5.9 , b) Cooperatividad (CO) 22.8 ± 5.0 y, c) Autotrascendencia (ST) 14.4 ± 5.6 .

Al comparar las dimensiones de temperamento y carácter entre los pacientes deprimidos sin comorbilidad con trastornos de ansiedad y con comorbilidad con trastornos de ansiedad, se encontraron diferencias significativas en la dimensión de temperamento “persistencia” en donde los pacientes con comorbilidad con trastornos de ansiedad mostraron puntuaciones más altas. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en las dimensiones restantes de temperamento y carácter (Gráfica 2).

Gráfica 2. Dimensiones de temperamento y carácter entre grupos diagnósticos



NS = Búsqueda de la novedad	19.8 ± 4.3	vs	21.1 ± 4.4	t=-1.3, 78 gl, p=0.19
HA = Evitación al daño	16.8 ± 4.5	vs	16.2 ± 4.3	t=0.6, 78 gl, p=0.54
RD = Dependencia a la recompensa	13.3 ± 2.5	vs	13.6 ± 3.2	t=-0.4, 78 gl, p=0.65
PE = Persistencia	3.2 ± 1.5	vs	4.1 ± 1.4	t=-2.3, 78 gl, p=0.02
SD = Autodirección	24.4 ± 6.1	vs	24.3 ± 5.8	t=-0.2, 78 gl, p=0.93
CO = Cooperatividad	22.6 ± 5.4	vs	23.0 ± 4.7	t=-0.4, 78 gl, p=0.68
ST = Autotrascendencia	14.6 ± 6.0	vs	14.2 ± 5.4	t=0.3, 78 gl, p=0.76

e) Asociación de la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad y las dimensiones de temperamento y carácter

Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se determinó el nivel de asociación de la severidad de los síntomas depresivos, evaluados con el MADRS, y la severidad de los síntomas de ansiedad, por medio del puntaje total del HAM-A, y las dimensiones de temperamento y carácter evaluados con el ITC.

No se observaron asociaciones significativas de la severidad de los síntomas ansiosos y depresivos con las dimensiones de temperamento y carácter en los pacientes sin comorbilidad con trastornos de ansiedad. Sin embargo, se observaron asociaciones significativas de las dimensiones de temperamento “dependencia a la recompensa” y “persistencia” y la dimensión de carácter “autodirección” con la severidad de los síntomas de ansiedad (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación de la severidad de los síntomas ansiosos y las dimensiones del ITC

	Depresión				Depresión			
	Sin T. Ansiedad				Con T. Ansiedad			
	MADRS		HAM-A		MADRS		HAM-A	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Búsqueda de la Novedad	0.07	0.64	0.09	0.55	-0.04	0.76	0.27	0.07
Evitación al Daño	-0.01	0.95	0.06	0.72	-0.18	0.24	0.09	0.54
Dependencia a la Recompensa	0.07	0.64	0.22	0.16	0.06	0.69	0.32	0.03
Persistencia	-0.06	0.68	0.11	0.49	0.19	0.21	0.33	0.03
Autodirección	0.21	0.19	-0.21	0.18	-0.17	0.26	-0.33	0.03
Cooperatividad	0.01	0.93	0.20	0.22	-0.03	0.80	0.07	0.65
Auto-trascendencia	-0.06	0.71	0.15	0.36	0.04	0.75	0.12	0.43

f) Modelo de regresión logística de los trastornos de ansiedad en el primer episodio de depresión

Se seleccionaron 9 variables para el modelo de regresión logística: 1) edad de inicio del episodio depresivo, 2) duración de la enfermedad no tratada, 3) búsqueda de la novedad, 4) evitación al daño, 5) dependencia a la recompensa, 6) persistencia, 7) autodirección, 8) cooperatividad, y 9) auto-trascendencia. Se utilizó el análisis de regresión logística con el método de selección “introducir” para el cálculo de la probabilidad de ocurrencia de un trastorno de ansiedad en el primer episodio de depresión.

La ecuación de regresión logística fue capaz de clasificar correctamente al 73.8% de los casos. La ecuación resultó de forma general, más precisa al predecir a los pacientes con trastorno de ansiedad (76.2%) que a los pacientes sin trastornos de ansiedad (71.1%). El modelo de regresión logística fue significativo de acuerdo al modelo estadístico de Hosmer

y Lemeshow ($p=0.75$), el cual predijo el 30.0% de la variación del fenómeno en esta muestra.

El procedimiento incluyó únicamente 3 variables predictoras para la aparición de un trastorno de ansiedad en el primer episodio de depresión. Estas variables son: a) la duración de la enfermedad no tratada, en donde los pacientes con una mayor duración de la enfermedad no tratada tienen un riesgo 4.60 veces mayor de presentar un trastorno de ansiedad en comparación con aquellos con una menor duración de la enfermedad no tratada ($\beta=1.52 \pm 0.54$, I.C. Exp B= 1.59-13.26, $p=0.005$), b) la dimensión de temperamento “persistencia”, en donde los pacientes con una elevada persistencia tienen un riesgo 7.29 veces mayor de manifestar un trastorno de ansiedad en comparación con aquellos pacientes con una baja persistencia ($\beta=1.98 \pm 0.70$, I.C. Exp B= 1.82-29.13, $p=0.005$) y, c) la dimensión de carácter “autodirección” en donde los pacientes con una menor autodirección tienen un riesgo 2.88 veces mayor de presentar un trastorno de ansiedad en comparación con los pacientes con una elevada autodirección ($\beta=1.05 \pm 0.53$, I.C. Exp B= 1.01-8.20, $p=0.04$).

A partir de este modelo, se procedió a determinar el riesgo y la probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad mediante la interacción existente entre estas variables como se detalla en la Tabla 5.

Tabla 5. Estimación del riesgo y probabilidad para la aparición de un trastorno de ansiedad en el primer episodio de depresión

Mayor DENT	Elevada Persistencia	Baja Autodirección	β	DE β	Exp (B)	IC 95% Exp (B)	p
+	+	-	1.98	0.57	7.26	2.37-22.22	0.001
+	-	+	1.19	0.58	3.30	1.05-10.30	0.04
-	+	+	0.008	0.005	1.00	0.99-1.01	0.07
+	+	+	1.54	0.69	4.66	1.20-18.10	0.02

Como se puede observar, el riesgo más elevado es conferido por la interacción de una mayor DENT y una elevada PE. La variable de una baja SD muestra un menor riesgo cuando interactúa con una mayor DENT y cuando interactúa con ésta y una elevada PE, riesgo que deja de ser significativo cuando solo interactúa con una elevada PE. Por lo anterior, se considera que la presencia de una baja SD muestra un efecto competitivo con una elevada PE en el modelo de regresión logística para la presencia de un trastorno de ansiedad en un primer episodio de depresión mayor.

- **Discusión**

Los trastornos de ansiedad, son entidades clínicas que se pueden manifestar en diferentes escenarios clínicos, presentando una alta comorbilidad con la depresión mayor. La relación entre ambos diagnósticos es compleja, ya que existen diferentes factores asociados a su comorbilidad (2, 5). Los rasgos de personalidad, se han propuesto como variables que predisponen al desarrollo de un trastorno de ansiedad en pacientes deprimidos.

En la actualidad, existen pocos estudios avocados a investigar la influencia de la personalidad en la aparición de un trastorno de ansiedad en pacientes deprimidos. Por lo anterior el objetivo del presente estudio fue determinar si la personalidad, entendida como dimensiones de temperamento y carácter, es predictora de la aparición de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor.

Para la realización del presente estudio, se incluyeron pacientes en su primer episodio de depresión, ya que la evaluación de la personalidad en pacientes con un primer episodio, permite excluir la falsificación del reporte retrospectivo en pacientes con episodios depresivos previos, así como los efectos que la cronicidad del padecimiento o el tratamiento farmacológico tienen sobre la personalidad.

En este estudio, se encontró que más del 70% de los pacientes deprimidos fueron mujeres, hallazgo que apoya que la depresión mayor es más prevalente en este género (11). La edad de inicio del episodio depresivo fue de 27.2 años, hallazgo similar al reportado en la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (15) y casi idéntica a la reportada en la literatura internacional (12, 13). La mayor parte de los pacientes incluidos no mantenían una relación de pareja al momento del estudio, lo cual podría reflejar el deterioro en la capacidad de socialización de los pacientes deprimidos.

El promedio de tiempo que tardaron los pacientes en recibir atención especializada fue de casi 4 años, lo que sugiere que los pacientes que cursan con depresión mayor pueden no

reconocerla como un trastorno mental grave, por lo que no buscan atención para recibir tratamiento de manera eficaz y oportuna (111). Otra probable hipótesis es que los servicios de atención de primer nivel no identifican los síntomas del trastorno eficazmente, y a que muchos de los pacientes pudieron haber acudido a tratamientos no relacionados con la medicina por el estigma que tiene todavía la atención psiquiátrica en nuestro país (111).

Más de la mitad de los pacientes (52.5%), presentó comorbilidad con al menos un trastorno de ansiedad, siendo el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) el más frecuente, lo cual concuerda con los resultados de otros estudios (2). Inclusive, diversos estudios han mostrado que el diagnóstico puro de TAG es poco frecuente y que, por lo general, se presenta de forma comórbida con otros diagnósticos psiquiátricos (112-114). Aun cuando el TAG y la depresión mayor se han conceptualizado como distintas entidades diagnósticas, algunos autores han considerado que la relación entre estos diagnósticos es más significativa que cuando el TAG se presenta con otros diagnósticos psiquiátricos (115, 116). Se ha considerado que esta comorbilidad puede atribuirse a que diversos síntomas de ambos diagnósticos se sobreponen de acuerdo a las definiciones del DSM IV (117). Por ejemplo, las dificultades en la concentración, las alteraciones del sueño y la fatiga son síntomas identificados en ambos trastornos. De forma alternativa, se ha considerado que la relación entre ambos diagnósticos se debe a una etiología común (118), lo cual deberá ser estudiado en un futuro .

Las implicaciones clínicas de la comorbilidad de la depresión con los trastornos de ansiedad, se reflejaron en que los pacientes deprimidos con comorbilidad con algún trastorno de ansiedad tuvieron una edad de inicio más temprana del episodio depresivo así como una mayor duración de la enfermedad no tratada en contraste con los pacientes deprimidos sin comorbilidad. Además, los pacientes con depresión y ansiedad presentaron en general mayor severidad de la sintomatología depresiva. Estos resultados concuerdan con los hallazgos observados por otros autores en relación al impacto clínico del diagnóstico comórbido (4).

Se reconoce que el abuso de sustancias en pacientes psiquiátricos es muy elevado, siendo la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, las patologías en donde el abuso de sustancias es más prevalente (119). El abuso de sustancias en esta muestra se presentó en el 28.8% de los pacientes, siendo el abuso de alcohol el más frecuente (22.5%). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia del abuso de sustancias entre los pacientes deprimidos con y sin comorbilidad con algún trastorno de ansiedad.

Se ha sugerido que el uso de alcohol y otras sustancias en los pacientes con depresión, es un intento de éstos de automedicarse para disminuir los síntomas de la enfermedad; como por ejemplo, disminuir la intensidad de la ansiedad o como un inductor del sueño, así como mejorar el nivel de energía y concentración, por medio del uso de drogas estimulantes (120, 121). De la misma forma, se ha documentado que un elevado consumo de alcohol y otras drogas son factores de riesgo para el desarrollo de depresión (122).

Para la evaluación de la personalidad, se utilizó el ITC, el cual es un instrumento autoaplicable de respuesta forzada de falso o verdadero que requiere la comprensión por parte del sujeto de cada uno de los ítems y responda de acuerdo a lo que mejor refleje la experiencia de sí mismo. En ocasiones, algunos pacientes que cursan con depresión tienen dificultad para contestar los ítems debido al deterioro transitorio de algunas funciones cognoscitivas (78).

En el presente estudio no se observaron alteraciones cognoscitivas severas debido a que los pacientes presentaron una sintomatología depresiva de severidad moderada (98). Se ha descrito que la estructura dimensional del ITC no se ve alterada cuando la severidad de la depresión es de media a moderada, y que es adecuada para la caracterización de la personalidad en pacientes con depresión (81, 123).

Las diferencias encontradas en la dimensión de temperamento “Persistencia” (PE) entre los pacientes deprimidos y los pacientes deprimidos con un trastorno de ansiedad así como el

valor predictivo de una elevada PE para la aparición de un trastorno de ansiedad en la depresión mayor, es un hallazgo único y difícil de explicar.

Es necesario considerar que esta dimensión es la que ha mostrado una menor consistencia interna tanto en el estudio realizado por Cloninger (62) como en el estudio de validación y confiabilidad del ITC en población mexicana (96) y en el análisis de confiabilidad del instrumento en pacientes con depresión mayor (81). Se considera que la consistencia interna de un instrumento autoaplicable tiene que ser superior a un alpha de Cronbach de 0.60 para que sea confiable y en estos estudios, la consistencia interna de la PE varía de 0.47 a 0.65. La baja confiabilidad de esta dimensión de temperamento puede ser el reflejo de los pocos reactivos que se incluyen en esta dimensión en el ITC.

No obstante, el hallazgo de una elevada PE y una baja SD como factores de riesgo independientes para la presencia de un trastorno de ansiedad en los pacientes con un primer episodio de depresión, puede indicar por una parte que la inadecuación adaptativa de la conducta (SD) o que el mantenimiento de ésta a pesar de la frustración y la fatiga que provoque (PE), puede conllevar al incumplimiento de metas personales específicas debido a un comportamiento desorganizado, lo cual a su vez puede originar o exacerbar la sintomatología ansiosa y podría explicar porque los pacientes con comorbilidad con un trastorno de ansiedad presentan una DENT más larga.

De la misma forma, si consideramos la influencia de estas dos dimensiones (SD y PE), junto con la asociación observada de la dimensión de temperamento “Dependencia a la Recompensa” (RD) y la severidad de los síntomas ansiosos, podríamos hipotetizar que el esfuerzo de los pacientes por mantener un comportamiento en respuesta a señales anticipatorias de recompensa y la falta de culminación de metas, son las que en conjunto, podrían originar un trastorno de ansiedad.

Además de estas características de la personalidad, si se considera la cronicidad de la depresión mayor, reflejada en una mayor duración de la enfermedad no tratada, podríamos

considerar que la ansiedad puede ser el resultado de patrones conductuales inadecuados determinados por la personalidad y por el deterioro psicosocial conferido por la cronicidad de los síntomas de depresión. Estos resultados deben ser tomados con cautela y considerados como preliminares, ya que deben ser replicados en futuros estudios, y en caso de ser confirmados, se daría un mayor sustento a la influencia que tienen los rasgos de la personalidad sobre la aparición de un trastorno de ansiedad en la depresión mayor.

Una de las principales limitaciones del presente estudio es que el diseño metodológico empleado no incluyó otras variables que se pudieran asociar a la presencia de un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión mayor. Una de estas variables es la vulnerabilidad genética, la cual puede influir directamente sobre las características de la personalidad de los pacientes incluidos y que deberá ser abordado en futuros estudios.

Aún cuando se incluyeron pacientes que cursaban con su primer episodio de depresión, los resultados del presente estudio no permiten determinar si la depresión precedió al trastorno de ansiedad o si el trastorno de ansiedad conllevó a la aparición del cuadro depresivo. Es por esto que se propone la realización de estudios longitudinales para poder determinar si la presencia de un trastorno de ansiedad muestra variaciones asociadas a cambios sindromáticos y de tratamiento del cuadro depresivo.

La influencia de los rasgos de la personalidad sobre la aparición de un trastorno de ansiedad debe ser estudiada a mayor profundidad y también, determinar si la personalidad sufre variaciones a partir del tratamiento y la remisión de los síntomas de depresión y ansiedad. Lo anterior debido a que se ha descrito que las dimensiones de temperamento, más que las dimensiones de carácter, presentan modificaciones posterior al tratamiento farmacológico (124, 125).

- **Conclusiones**

- La prevalencia de los trastornos de ansiedad en pacientes con un primer episodio de depresión fue del 52.5%, siendo el trastorno de ansiedad generalizada el más prevalente (35.0%).
- Los pacientes con diagnóstico comórbido tuvieron una edad de inicio más temprana y una mayor duración de la enfermedad no tratada, resultado muy similar a lo reportado en la literatura.
- El abuso de alcohol, fue la sustancia de abuso más prevalente en los pacientes con depresión, lo cual puede ser considerado como un medio de automedicación para disminuir el impacto que tienen los síntomas depresivos sobre el funcionamiento psicosocial global del paciente.
- Los pacientes con diagnóstico comórbido mostraron una mayor severidad del cuadro clínico de la depresión, lo cual concuerda con lo reportado por otros autores en relación al impacto clínico de la comorbilidad diagnóstica en la depresión.
- La personalidad es un constructo que diferencia a los sujetos que desarrollan un trastorno depresivo mayor de los sujetos sin esta patología.
- El hallazgo de una elevada persistencia y una baja autodirección como factores de riesgo independientes para un trastorno de ansiedad y la asociación de una elevada dependencia a la recompensa con la severidad de los síntomas ansiosos, podría reflejar que la tendencia por mantener un comportamiento que no culmina en metas asociado con respuestas a señales anticipatorias de recompensa, originan un trastorno de ansiedad en pacientes con depresión.

- La influencia de los rasgos de la personalidad sobre la aparición de un trastorno de ansiedad debe ser estudiada a mayor profundidad y se debe determinar, a partir de estudios longitudinales, si la personalidad sufre variaciones a partir del tratamiento y la remisión de los síntomas de depresión y ansiedad.
- Se propone la realización de estudios longitudinales que determinen si la presencia de un trastorno de ansiedad muestra variaciones asociadas a cambios sindromáticos del cuadro depresivo.
- Es necesario realizar estudios en donde se incluya la vulnerabilidad genética como un factor de riesgo para la aparición de un trastorno de ansiedad en la depresión mayor.

- **Referencias Bibliográficas**

1. Fava M, Rankin M, Wright E, Alpert J, Nierenberg A, Pava J, Rosenbaum J. Anxiety disorders in major depression. *Compr Psychiatry* 2000; 41:97-102
2. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000; 12(1):S69-S76
3. Angst J, Angst F, Stassen H: Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:S57-S62
4. Roy-Byrne P, Stang P, Wittchen H, Ustun B, Walters E, Kessler R. Lifetime panic depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry* 2000; 176:229-235
5. Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatr* 1991; 32:1063-1080
6. Kagan J, Snidman N. Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1536-1541
7. Smoller J, Tsuang M. Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1152-1162
8. Himmelhoch J, Levine J, Gershon S. Historical overview of the relationship between anxiety disorders and affective disorders. *Depress Anxiety* 2001; 14:53-66
9. Sapolsky R. Depression, antidepressants, and the shrinking hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2001; 98:12320-12322

10. Páez X, Hernández L, Baptista T. Avances en la terapéutica molecular de la depresión. *Rev Neurol* 2003; 37:459-470
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
12. Weissman M, Leaf P, Tischler G. Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988; 18:141-153
13. Weissman M, Leaf P, Bruce M. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am J Psychiatry* 1988; 145:815-819
14. Caraveo A, Colmenares B, Saldivar H. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental* 1999; 22:62-67
15. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26:1-16
16. Folks D, Fuller W. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20:137-164
17. Dimsdale J, Moss J. Plasma catecholamines in stress and exercise. *JAMA* 1980; 243:340-342
18. Redmond D. New and old evidence for the involvement of brain norepinephrine system in anxiety, en *Phenomenology and Treatment of Anxiety*. Editor: Fann W, Karacan I, Pokorny A. New York, Spectrum, 1979, pp 153-203

19. Hollander E, Liebowitz M, Gorman J. Cortisol and sodium lactate-induced panic. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:135-140
20. Gorman J, Askanazi J, Liebowitz M. Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141:857-861
21. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:1085-1089
22. Mineka S, Zinbarg R. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *Am Psychol* 2006; 61:10-26
23. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35:87-107
24. McKeon J, McGuffin P, Robinson P. Obsessive-compulsive neurosis following head injury: a report of four cases. *Br J Psychiatry* 1984; 144:190-192
25. Grimshaw L. Obsessional disorder and neurological illness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1964; 27:229-231
26. Capstick N, Seldrup V. Obsessional states: a study in the relationship between abnormalities occurring at birth and subsequent development of obsessional symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 1977; 56:427-439
27. Towey J, Bruder G, Hollander E. Endogenous event-related potentials in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1990; 28:92-98
28. Ciesielski K, Beech H, Gordon P. Some electrophysiological observations in obsessional states. *Br J Psychiatry* 1981; 138:479-484

29. Behar D, Rapoport J, Berg C. Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141:363-369
30. Hollander E, Schiffman E, Cohen B. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:27-32
31. McDougle C, Goodman W, Price L. Neuroleptic addition in fluvoxamine - refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:652-654
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987
35. Leckman J, Grice D, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:911-917
36. Regier D, Boyd J, Burke J. One-month prevalence of mental disorders in the United States, based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-986
37. Blazer D, Hughes D, George L. Generalized anxiety disorder, en *Psychiatric Disorders in America*. Editores: Robins L, Regier D. New York, Free Press, 1991, pp 180-203

38. Eaton W, Dryman A, Weissman M. Panic and phobia, en *Psychiatric Disorders in America*. Editores: Robins L, Regier D. New York, Free Press, 1991, pp 155-179
39. Karno M, Golding J, Sorenson S. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1094-1099
40. Black A. The natural history of obsessional neurosis, en *Obsessional States*. Editor: Beech H. London, Methuen Press, 1974
41. Biederman J, Faraone S, Hirshfeld-Becker D, Friedman D, Robin J, Rosenbaum J. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:49-57
42. Vella G, Aragona M, Alliani D. The complexity of psychiatric comorbidity: A conceptual and methodological discussion. *Psychopathology* 2000; 33:25-30
43. Bogenschutz M, Nurnberg G. Theoretical and methodological issues in psychiatric comorbidity. *Harvard Rev Psychiatry* 2000; 8:18-24
44. Maser J, Cloninger C. Comorbidity of anxiety and mood disorders: Introduction and overview, en *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Editores: Maser J, Cloninger C. Washington, American Psychiatric Press, 1990, pp 3-12
45. Clark L, Watson D, Reynolds S. Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Ann Rev Psychol* 1995; 46:121-153
46. Breslau N, Davis G. DSM III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Res* 1985; 15:231-238
47. Kessler R. Epidemiology of psychiatric comorbidity, en *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. Editores: Tsuang M, Tohen M, Zahner G. New York, Wiley-Liss, 1995, pp 179-197

48. Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Liu J, Swartz M, Blazer D. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; 17-30
49. Dick C, Bland R, Newman S. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Panic disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376:45-53
50. Gorman J, Coplan J. Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:34-41
51. Breslau N, Davis G, Peterson E, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:81-87
52. Merikangas K, Angst J. Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 244:297-303
53. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, et al. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000; 15:17-24
54. Judd L, Kessler R, Paulus M, Zeller P, Wittchen H, Kunovac J. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 393:6-11
55. Murphy J, Horton N, Laird N, Monson R, Sobol A, Leighton A. Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:355-375
56. Rush J, Zimmerman M, Wisniewski S. Comorbid psychiatric disorder in depressed outpatients: demographic and clinical features. *J Affect Disor* 2005; 87:43-55

57. Kessler R, Stang P, Wittchen H. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:801-808
58. Lepine J, Chignon J, Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:144-149
59. Hirschfeld R. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *J Clin Psychiatry* 2001; 3:244-254
60. Cloninger C. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 4(3):167-226
61. Cloninger C. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(6):573-88
62. Cloninger C, Przybeck T, Svrakic D, Wetzel R. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use, en Center for Psychobiology of Personality. St. Louis, MO, Washington University, 1994
63. Cloninger C, Sigvardsson S, Bohman M. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 1988; 12(4):494-505
64. Cloninger C, Przybeck T, Svrakic D. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports* 1991; 69(3 Pt 1):1047-1057
65. Svrakic N, Svrakic D, Cloninger C. A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Dev Psychopathol* 1996; 8:247-272
66. Mulder R. Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *Am J Psychiatry* 2002; 159:359-371

67. Gurrera R, Nestor P, O'Donnell B. Personality traits in schizophrenia. Comparison with a community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:31-35
68. Lysaker P, Wilt M, Plascak-Hallberg C, Brenner C, Clements C. Personality dimensions in schizophrenia: Association with symptoms and coping. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:80-86
69. Hirschfeld R. Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and Anxiety* 1999; 10:142-146
70. Iketani T, Kiriike N, Stein M. Personality disorder comorbidity in panic disorder patients with or without current major depression. *Depress Anxiety* 2002; 15:176-182
71. Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *J Anxiety Disord* 2006; 26:In press
72. Bienvenu J, Samuels J, Costa P, Reti I, Eaton W, Nestadt G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher and lower order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004; 20:92-97
73. Bienvenu O, Nestadt G, Samuels J, Costa P, Howard W, Eaton W. Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:154-161
74. Jankowski D, Morter S, Tancer M. Over-representation of Myers Briggs Type Indicator introversion in social phobia patients. *Depress Anxiety* 2000; 11:121-125
75. Abrams K, Yune S, Kim S, Jeon H, Han S, Hwang J, et al. Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive

- disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:240-248
76. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:490-496
 77. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, et al. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorders from major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:403-405
 78. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250:40-47
 79. Marijnissen G, Tuinier S, Verhoeven W. The temperament and character inventory in major depression. *J Affect Disord* 2002; 70:219-223
 80. Smith D, Duffy L, Stewart M, Muir W, Blackwood D. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J Affect Disord* 2005; 87:83-89
 81. Minaya O, Fresán A, Lóyzaga C. Dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con un primer episodio de depresión. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; En prensa
 82. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S, et al. Temperament and personality features in patients with major depression, paic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord* 1999; 52:203-207
 83. Elovainio M, Kivimaki M, Puttonen S, Heponiemi T, Pulkki L, Keltikangas-Jarvinen L. Temperament and depressive symptoms: a population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *J Affect Disord* 2004; 83:227-232

84. Cowley D, Roy-Byrne P, Greenblatt D, Hommer D. Personality and benzodiazepine sensitivity in anxious patients and control subjects. *Psychiatry Res* 1993; 47:151-162
85. Wetzel R, Knesevich M, Brown S, Wolff H, Horn C, Cloninger C. Correlates of Tridimensional Personality Questionnaire scales with selected Minnesota Multiphasic Personality Inventory scales. *Psychol Rep* 1992; 71:1027-1038
86. Brown S, Svrakic D, Przybeck T, Cloninger C. The relationship of personality to mood and anxiety states: A dimensional approach. *J Psychiatr Res* 1992; 26:197-211
87. Ongur D, Farabaugh A, Iosifescu D, Perlis R, Fava M. Tridimensional personality questionnaire factors in major depressive disorder: relationship to anxiety disorder comorbidity and age of onset. *Psychother Psychosom* 2005; 74:173-178
88. Tanaka E, Sakamoto S, Kijima N, Kitamura T. Different Personalities Between Depression and Anxiety. *J Clin Psychol* 1998; 54:1043-1051
89. Cloninger C, Bayon C, Svrakic D. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord* 1998; 51:21-32
90. Svrakic D, Whitehead C, Przybeck T, Cloninger R. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:991-999
91. Apiquian R, Fresán A, Nicolini H. Evaluation of the Psychopathology: Rating Scales in Spanish. Mexico, JGH, 2000
92. Berlanga C, Canetti A, Chávez E, De la Fuente J, Lara M, León C, et al. Tratamiento farmacológico de las crisis de angustia. Reporte comparativo de la

- eficacia y seguridad del alprazolam y la imipramina en un estudio controlado. *Salud Mental* 1991; 14:1-5
93. Nicolini H, Villareal G, Ortega-Soto H, De la Fuente J. Alteraciones de la memoria de pacientes con crisis de angustia y efecto del tratamiento farmacológico con alprazolam e imipramina. *Salud Mental* 1988; 11:11-14
 94. Allport G. *Personality: A psychological interpretation*. New York NY, 1937
 95. Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(12):975-90
 96. 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
 97. Asberg M, Montgomery S, Perris C, Schalling, D., Sedvall G. A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1978; 271:5-27
 98. Montgomery S, Asberg M. A new depressive scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-389
 99. Susuki A, Aoshima T, Fukasawa T. A three-factor model of the MADRS in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21:95-97
 100. Rosado A. Estudio de confiabilidad de la escala Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión, en *Psiquiatría y Salud Mental*. México, UNAM, 1993, p 22
 101. Lara M, Ontiveros M, Berlanga C, De la Fuente J. Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para Ansiedad. *Salud Mental* 1988; 11:7-10

102. Epstein R, Novick O, Priel N, Osher Y. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associates with the human personality trait of novelty seeking. *Nat Genet* 1996; 12:78-80
103. Apiquian R. Estudio de seguimiento de pacientes con primer episodio psicótico: Curso clínico, personalidad y genotipos moleculares., Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp 121-122
104. Armendariz V. Asociación del trastorno disfórico menstrual con dimensiones de temperamento y carácter, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 1996
105. Ortíz-Flores M. La depresión mayor en el anciano con enfermedad pulmonar crónica. Estudio de prevalencia, temperamento y carácter, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 1996
106. Páez F, Rodríguez R, Pérez V, Comenares E, Coello F, Apiquian R, et al. Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad, Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental* 1997; 20(Supl 3):19-23
107. Reich J, Boerstler H, Yates W, Nduaguba M. Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. *Int J Psychiatry Med* 1989; 19(1):1-9
108. Zimmerman M, Coryell W. Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(6):527-31
109. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 20):22-23

110. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, in 52nd WMA General Assembly. Edinburgh, 2000
111. García-Silberman S. Attitudes toward mental illness and psychiatry: Preliminary results. *Salud Mental* 1998; 21:40-50
112. Carter R, Wittchen H, Pfister H, Kessler R. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety* 2004; 13:78-88
113. Bruce S, Machan J, Dyck I, Keller M. Infrequency of “pure” GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depress Anxiety* 2004; 14:219-225
114. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2002; 32:649-659
115. Vollegergh W, Iedema J, Bijl R, de Graaf R, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:597-603
116. Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2002; 181:306-314
117. Maser J. Generalized anxiety disorder and its comorbidities: Disputes at the boundaries. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 98:12-22
118. Hunt C, Slade T, Andrews G. Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder comorbidity in the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Depress Anxiety* 2004; 20:23-31

119. Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R. Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1231-1237
120. Khantzian E. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. *Recent Dev Alcohol* 1990; 8:255-271
121. Valentiner D, Mounts N, Deacon B. Panic attacks, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence. *J Anxiety Disord* 2004; 18:573-585
122. Lejoyeux M, Marinescu M. Alcohol dependence and abuse and psychiatric disorders. *Rev Prat* 2006; 56:1081-1085
123. Sato T, Narita T, Hirano S. Factor validity of the temperament and character inventory in patients with major depression. *Compr Psychiatry* 2001; 42:337-341
124. Lyoo I, Yoon T, Kang D, Kwon J. Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:298-304
125. Pelissolo A, Corruble E. Personality factors in depressive disorders: contribution of the psychobiologic model developed by Cloninger. *Encephale* 2002; 28:363-373

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al Dr. Omar Minaya al teléfono 5655-2811 ext. 358

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Familiar o
representante legal

Fecha

Nombre del Familiar o
representante legal

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador

- Aceptación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Comité de Ética en Investigación

24 de abril de 2006.

Dr. Omar Minaya Hernández
Investigador Principal
Presente

Estimado Dr. Minaya,

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado: "Dimensiones del temperamento y carácter en pacientes con depresión mayor y comorbilidad con trastornos de ansiedad" ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente

M.en C. Beatriz Camarena M.
Presidente del Comité de Ética
en Investigación.



C.c.p.: Dr. Carlos Berlanga, Secretario Técnico del Comité de la Investigación Científica.
C.c.p.: Dra. Blanca E Vargas Terrez, Directora de Enseñanza.

- **Publicaciones**

REFERENCIA Nº 1142**TÍTULO ARTÍCULO: Dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con un primer episodio de depresión mayor**

Estimados autores,

Hemos recibido el trabajo arriba mencionado, el cual está siendo revisado por el Comité Editorial. En breve plazo le enviaremos nueva información.

Nos permitimos llamarle la atención sobre el 1142 del artículo indicado más arriba. Dicho número será el que deberá citar en toda su correspondencia y el que le servirá, próximamente, para poder consultar la situación de su trabajo a través de la sección de nuestra página Web dedicada a la Gestión Digital de Originales.

Le recordamos que, si lo desea, tiene la posibilidad de acceder a comprobar la situación de su artículo en: www.ArsXXI.com/gdo/. Para poder utilizar este servicio deberá registrarse en la web, si no lo estuviera ya, e introducir su código de usuario GDO (6167) y su clave de acceso web (WUTX-VYVS-H1WO-OCYW) que quedará asociada a su usuario, por lo que no será necesario introducirla más de una vez.

Reciba un cordial saludo,

Editor

Actas Españolas de Psiquiatría

Arturo Soria, 336-2ª pl

28033 Madrid

raep@arsXXI.com

Tfno. 911845448 Fax 911845461

Jaume Irigoyen

Grupo Ars XXI de Comunicación

Passeig de Gràcia 84, 1.ª pl.

08008 Barcelona

Tel.: 932 721 750

Fax: 934 881 193

jirigoyen@ArsXXI.com

www.ArsXXI.com