



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

"PREVALENCIA DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE"

Registro: 224.2010

TÉSIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

"PSIQUIATRÍA"

PRESENTA:

DRA. ANDREA PARDO MARTÍNEZ

MÉXICO D.F. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**"PREVALENCIA DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE"**

TÉSIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA:

PRESENTA:

DRA. ANDREA PARDO MARTÍNEZ

TUTOR TEÓRICO:

DR. FRANCISCO J. VALENCIA GRANADOS

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. MARTA G. OCHOA MADRIGAL

MÉXICO D.F. 2010

Registro: 224.2010

INDICE

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Marco Teórico	9
Personalidad	9
Artritis Reumatoide	12
Personalidad y Artritis Reumatoide	15
Cuestionario de Personalidad Zuckerman – Kuhlman	16
Justificación	19
Problema	20
Hipótesis	20
Objetivos	20
Material y métodos	20
Procedimientos	22
Resultados	23
Discusión	28
Conclusiones	32
Bibliografía	33
Anexos	35

AGRADECIMIENTOS

Para Adriana, quien ha sido una madre, amiga, confidente y autoridad, gracias por haberme enseñado que la felicidad también existe para mí.

Para Armando, mi primer maestro en la medicina, gracias por dejar huellas tan grandes en mi camino, iluminaron cada paso que di, evitaste que me perdiera.

Para Aradai, hermana de sangre y del alma, que me enseñó a tomar al toro por los cuernos, ver nuevas experiencias, que gran placer que nos haya tocado estar juntas para poder recorrer el mundo.

Para la familia que ha estado a mi lado y de mi lado: Vale y Pablo, nos unen los lazos necesarios para mantenernos siempre juntos, en las navidades, en los cumpleaños, con pasteles y a veces sólo con café.

A todos mis maestros, aquellos que al creer en mi me ayudaron a lograr una meta más, que me incitaron a buscar más, que me ayudaron a llegar a donde estoy, están en mi corazón.

A mis compañeros, amigos y hermanos, Sofía y Joel, por darle ese sabor especial al camino de la residencia, picante, dulce, sabroso, todos los días una emoción nueva que experimentar a su lado.

A Jonathan, que con amor me centró para seguir adelante, para recorrer este camino juntos y seguir creciendo, compartiendo experiencias médicas y de vida.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

DR. MAURICIO DE SILVIO LÓPEZ
Subdirector de enseñanza e Investigación

DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS
Profesor Titular del Curso de Psiquiatría
Jefe de Servicio
Asesor de Tesis

DRA. ANDREA PARDO MARTÍNEZ
Autor

COLABORADORES

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
Jefe de Enseñanza de Servicios Modulares
Asesor Metodológico

DRA. FEDRA IRAZOQUE PALAZUELOS
Jefe de Servicio del Servicio de Reumatología

DRA. SOFIA ZARAGOZA RODRÍGUEZ
Médico Psiquiatra.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de características dimensionales de acuerdo con la clasificación de personalidad de los “5 Grandes” que se observa en los pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE con el diagnóstico de artritis reumatoide, en el periodo comprendido entre mayo y julio del 2010.

Material y Métodos: 85 pacientes con artritis reumatoide que acudieron al servicio de reumatología que fueron evaluados con el cuestionario de personalidad Zuckerman – Kuhlman (QPZK), el cual consta de 99 reactivos.

Resultados: Encontramos que el 93% de la muestra eran mujeres, en contra del 7% de los hombres. La media de edad es de 49.8 años, con una desviación estándar de 8.7, siendo el máximo de edad 60 años y el mínimo 18. La escolaridad va desde alfabetas hasta posgrado con la mayoría de la muestra en licenciatura con un 49% y 25% en bachillerato. Al calificar el ZKPQ, se encontró en los datos crudos una mayor prevalencia de las escalas de Neuroticismo– Ansiedad y Actividad, con 29 pacientes cada uno, que corresponden al 34% de la muestra; al hacer la estandarización con el uso de baremos se mantuvo alta la de Actividad con 22 pacientes que corresponden al 26% de la muestra. Hay una correlación con la escala de Actividad y las variables demográficas, que demuestran que a mayor edad y mayor grado de estudios las puntuaciones de la escala son menores ($p = 0.015$ y $r = .44$) lo que significa que se acercan a la normalidad.

Conclusiones: La dimensión de personalidad de acuerdo al modelos de los “5 Grandes” que se observó más frecuentemente en pacientes con artritis reumatoide fue la de Actividad después de hacer el ajuste de la calificación del cuestionario. Principalmente en pacientes femeninos, con escolaridad de licenciatura y entre el rango de edad de 40 a 60 años. De los 85 pacientes que participaron en el estudio, 44 tuvieron una puntuación fuera normal (± 2), 22 en Actividad, 7 en esfuerzo de trabajo, 6 en Neuroticismo– Ansiedad, 4 en Impulsividad, 2 en Sociabilidad, 2 en amigos y familia y 1 en aislamiento. Se encontró relación estadísticamente significativa con la subescala de Actividad y el nivel de escolaridad, mientras mayor es el grado académico, menor es el puntaje obtenido. Con el resto de las variables no hubo una correlación.

ABSTRACT.

Objectives: The aim of this study is to describe the prevalence of the principal personality dimensions, according to the classification of the “Big Five” model, in patients with Rheumatoid Arthritis receiving treatment in the Rheumatology Department of the CMN “20 de Noviembre” - ISSSTE, between May and July, 2010.

Method and materials: 85 patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis answered the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire (99 items).

Results: The sample consisted of females to a 93% and of males to a 7%. The age average was 49.8 with a SD of 8.7, and the sample comprised patients between 18 and 60 years old. The schooling level of the sample ranged from elementary school to graduate courses. The majority of the sample, 49%, had undergraduate studies, followed by 25% of the sample, who attended high school. The raw scores obtained show a higher prevalence of Neuroticism-Anxiety and Activity, (29 patients, 34% of the sample), and the standardized scores only maintained this tendency regarding Activity, (22 patients, 26% of the sample). By correlating age and schooling level with the Activity scale, the results show that older patients and patients with a high academic level tend to obtain low scores, ($p = 0.015$; $r = 0.44$).

Conclusions: The standardized scores show that the most frequent subscale, according to the “Big Five” model, observed in patients with Rheumatoid Arthritis was Activity. This is mainly true for female patients, between 40 and 60 years old and with an undergraduate schooling level. 44 out of the 85 patients from the sample obtained an abnormal score (± 2): 22 Activity scale, 7 Work Activity subscale, 6 Neuroticism-Anxiety scale, 4 impulsivity subscale, 2 Sociability scale, 2 Parties Subscale and 1 Isolation Subscale. A statistically significant correlation was found between the Activity Scale and schooling level: the higher the academic level, the lower the score obtained. No other correlations were found.

INTRODUCCIÓN

La personalidad es un constructo psicológico que se refiere al conjunto dinámico de características físicas, sociales y genéticas de una persona, que la determinan y la hacen única.

El diagnóstico de personalidad, en general, es responsabilidad de un especialista; sin embargo, con la intención de obtener datos más fidedignos con respecto a su prevalencia, y para unificar criterios, se han creado diferentes entrevistas estructuradas, las cuales presentan una clasificación categórica o dimensional, dependiendo del enfoque con el que se quiera observar la personalidad: ya sea desde un punto de vista categórico, como el del DSM IV TR, o desde un punto de vista dimensional, como se está proponiendo en el DSM V, por lo que consideramos importante iniciar estudios con este nuevo enfoque en nuestro hospital.

La clasificación dimensional permite una aproximación más completa a la estructura y a la conformación de la personalidad, ya que no enfoca al individuo de forma tajante, sino que lo considera como un *continuum*, lo que permite una mayor flexibilidad en el manejo de los pacientes y en la observación de su evolución en presencia de estresores (como una enfermedad), experiencias de vida, etc.

Dependiendo de la severidad de la enfermedad, el grado de incapacidad que presenten, el dolor, el tratamiento y el tiempo de la enfermedad, los pacientes con artritis reumatoide pueden presentar varios síntomas comorbidos con patologías psiquiátricas, en especial ansiedad y depresión, los cuales están documentados ampliamente. No obstante, la personalidad de estos pacientes no se ha estudiado a fondo. Esta situación genera un par de líneas de trabajo interesantes: observar si existe algún rasgo de personalidad que sea más frecuente en estos pacientes y, a largo plazo, ver si estos rasgos se ven modificados por la presencia de una enfermedad crónica.

El presente estudio busca correlacionar la presencia de una dimensión de personalidad con la artritis reumatoide, además de mostrar las posibles relaciones que existen entre las dimensiones de personalidad y algunas variables demográficas, a saber, edad, sexo y nivel de escolaridad. El estudio se basa en un cuestionario que divide la personalidad en 5 apartados: Neuroticismo – Ansiedad, Sociabilidad, Actividad, Impulsividad – Búsqueda de Sensaciones y Agresividad – Hostilidad.

La intención de este trabajo, además de hacer el estudio de prevalencia, entendiendo como tal la determinación de la proporción de una población que presenta una enfermedad determinada en un periodo o momento dado, es comenzar a recolectar datos sólidos e información directa del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre que sustenten estudios posteriores y, también, que nos orienten para identificar a los pacientes que requieran un mayor apoyo por parte del servicio de psiquiatría para lograr, así, una mejoría clínica más rápida.

MARCO TEÓRICO

Personalidad:

La personalidad es una construcción psicológica que se refiere al conjunto dinámico de características físicas, sociales y genéticas de una persona, que la determinan y la hacen única. La palabra *personalidad* tiene al menos 5 orígenes o raíces: a) *Prosopón*, que es la designación griega de “máscara”, b) *Persi – somomia*, del griego, que quiere decir “alrededor del cuerpo”, c) *Persum*, que es una mezcla del latín y del etrusco y significa “cabeza o rostro”, d) *Per se una*, que del latín se traduce como “una o completa por sí misma” y e) *Personare*, expresión latina que significa “zonas a través de”⁽¹⁵⁾.

La personalidad puede definirse como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria en condiciones normales; es relativamente estable y predecible⁽¹⁶⁾.

La característica principal de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se puede manifestar en el área cognoscitiva, el área afectiva, la actividad interpersonal o el control de los impulsos. Los trastornos de personalidad presentan un patrón estable y de larga duración que inicia en la adolescencia, provocando malestar clínicamente significativo, con deterioro en varias áreas de la persona y deterioro de la actividad, y no se atribuye a otras alteraciones mentales, enfermedades o efectos de una sustancia. Son inflexibles y desadaptativos, causan un deterioro funcional o un malestar significativo.

Los trastornos de personalidad suelen ser aloplásticos, es decir, capaces de alterar y adaptar el medio ambiente, y egosintónicos, o sea, aceptados por la persona⁽¹⁶⁾.

El diagnóstico de los trastornos de personalidad requiere una evaluación de los patrones de la actividad del sujeto a largo plazo pues las características particulares de la personalidad, presentes desde el principio de la edad adulta, han de estar presentes. Los rasgos de personalidad que definen a los trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos en estados mentales transitorios. La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales de la persona, expresión de hábitos, costumbres, valores religiosos o políticos. Hay que tener en cuenta que hay ocasiones en que las características que definen un trastorno de personalidad no son consideradas problemáticas por el sujeto.

Los trastornos de personalidad se clasifican en 3 grupos según rasgos similares: el grupo A indica trastornos raros o excéntricos; el grupo B agrupa a sujetos dramáticos, emotivos e inestables, y el grupo C incluye trastornos ansiosos y temerosos⁽¹⁾.

Otto Kernberg realizó una propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad que integra tanto criterios dimensionales como categoriales y que va más allá de la simple descripción conductual al ofrecer una mayor comprensión de las implicancias del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El autor define el *temperamento* como “la disposición innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente. Especifica la intensidad, ritmo y umbral de la respuestas emocionales.” También define el *carácter* como “la organización dinámica de los patrones conductuales del individuo;

manifestación conductual de la identidad del yo, determinada por la integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos”, y la *personalidad* como “la integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados.” El temperamento y el carácter contribuyen en un 50% aproximadamente a la formación de la personalidad⁽¹¹⁾.

Uno de los principales aportes de Kernberg a la comprensión de los trastornos de personalidad es haber explicitado su configuración estructural y dinámica subyacente.

A la estructura de personalidad de cada individuo subyacen dos precondiciones:

–Precondiciones estructurales: grado en que se hayan integrado e internalizado, a través de las relaciones tempranas, el *sí mismo* y las relaciones objetales; en el caso de la personalidad normal (y también de la neurótica) la precondición estructural llega a la constancia objeta y a los objetos internalizados totales.

–Precondiciones dinámicas: se refieren a la organización de los impulsos (libido y agresión) que se van activando en las relaciones objetales tempranas. En la estructura de personalidad normal se da una integración de la agresión y la libido bajo la dominancia de los impulsos libidinales.

Kernberg distingue, además, 4 estructuras de personalidad clasificadas de acuerdo con un continuo de gravedad: a) *Estructura de personalidad normal*, donde no se encuentran trastornos de personalidad, b) *Estructura de personalidad de tipo neurótico*, donde se encuentran los trastornos de personalidad menos graves, c) *Estructura de personalidad de tipo limítrofe*, donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; se divide, a su vez, en limítrofe superior y bajo y d) *Estructura de personalidad de tipo psicótico*, es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.

Esta clasificación de estructuras de personalidad de Kernberg se basa en tres criterios básicos: a) Identidad del yo, b) juicio de realidad y c) mecanismos de defensa primitivos vs mecanismos de defensa avanzados.

A continuación presento los trastornos, analizándolos de menor a mayor severidad.

Trastornos de personalidad en estructura neurótica: Incluye a los trastornos depresivo, masoquista, obsesivo compulsivo e histérico. Se caracterizan por una identidad del yo y una capacidad de relaciones profundas, control de impulsos y tolerancia a la ansiedad; creatividad en el trabajo debido a una capacidad de sublimación. Poseen capacidad para amar sexualmente e intimar, pero está afectada por sentimientos de culpa inconscientes que se reflejan en patrones patológicos de interacción; de hecho, el conflicto dinámico (impulsos) consiste en la patología de la libido.

Trastornos de personalidad en estructura limítrofe superior: Incluye los trastornos de personalidad ciclotímico, sadomasoquista, infantil o histriónico, dependiente y narcisista de buen funcionamiento. Estos trastornos se caracterizan por presentar el síndrome de difusión de identidad, pero conservan algunas funciones yoicas con buen funcionamiento, tienen un *súper yo* integrado, se adaptan bien al trabajo, pueden establecer relaciones íntimas benignas, integrar impulsos sexuales y de ternura. Se consideran en transición entre los trastornos de personalidad neuróticos y limítrofes.

Trastornos de personalidad en estructura limítrofe inferior: Incluye el trastorno de personalidad limítrofe, esquizoide, esquizotípico, paranoico, hipomaníaco, hipocondríaco, narcisista maligno y antisocial. Estos trastornos se caracterizan por la difusión de identidad, por no haber logrado la constancia objetal, por no percibir objetos totales sino idealizados. También se presenta un desarrollo desproporcionado del impulso agresivo ligado al uso masivo de la escisión como mecanismo defensivo para poder contar con objetos buenos que protejan de los malos, para escapar de la agresión atemorizante. Se observan problemas en las relaciones íntimas; el súper yo es arcaico, no integrado. Lo anterior se traduce en problemas para establecer relaciones íntimas duraderas, falta de metas en la vida, incapacidad de sublimar ligada a poca persistencia y creatividad en el trabajo; patología de la vida sexual por estar contaminada la libido con la agresión ⁽²⁾.

En cuanto a los rasgos que presentan los pacientes con trastornos de personalidad, cabe señalar que, en el tipo de personalidad *compulsiva*, los pacientes son controladores, moralistas, meticulosos, atentos a detalles y al orden; además, presentan problemas cuando pierden el control. Normalmente, al principio respetan al médico, pero posteriormente puede existir lucha de poder. Se les debe dar información detallada, dejar a los pacientes la toma de decisiones, mantener una rutina y evitar las luchas de poder. Los *masoquistas* asumen el rol de víctima, les gusta ser pacientes, consideran la enfermedad como un castigo, al principio puede existir frustración y resentimiento, el paciente necesita ser pesimista. El *narcisista* es demandante y arrogante, ve la enfermedad como algo pequeño, ya que el paciente se ve a sí mismo como infalible, se siente enojado y más importante que los demás, necesita reconocer su fuerza, ya que vive la enfermedad como un reto. Es fundamental no ser arrogantes con el paciente. El *histriónico* es demandante y seductor, ve la enfermedad como una pérdida del amor y el atractivo, son impacientes y disfrutan de la seducción. No se les debe de confrontar y hay que mantener los límites de paciente-médico sin ser frío. El *paranoide* es muy sensitivo y beligerante, culpa al médico y el tratamiento por sus problemas, se torna defensivo, enojado y con sentimientos de víctima; se deben conocer los sentimientos del paciente, sin ser invasivos o retadores. No se recomienda hacerse amigo del paciente. El *dependiente* se siente desprotegido, demandante, con miedo al abandono, disfruta sentirse necesitado pero termina sintiéndose fuera de lugar porque nunca está satisfecho. Sus citas deben estar bien programadas, y hay que procurar no evitar al paciente. El *esquizoide* es aislado, frío e inhibido; vive la enfermedad como una violación de su privacidad, se siente frustrado; hacia él hay que demostrar profesionalismo y gentileza, y respetar su privacidad ⁽⁹⁾.

Los desórdenes de personalidad son de las patologías más frecuentes en la consulta de psiquiatría, y su evaluación es importante ya que su presencia puede influir en el curso y tratamiento de otros padecimientos tanto del Eje I como del Eje III, trastornos típicamente identificados como el problema principal por los pacientes mismos ⁽³⁾.

Algunos estudios epidemiológicos han descubierto que la prevalencia de los trastornos de personalidad varía entre el 5 al 13.5% y que sólo una pequeña proporción de los mismos (menos del 10%) presenta un trastorno severo de la personalidad ⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en el 2004 en población estadounidense se encontró que el trastorno obsesivo –compulsivo era el más frecuente (7.9%), seguido por el paranoide (4.4%), el antisocial (3.6%), el esquizoide (3.1%), el evitativo (2.4%), el histriónico (1.8%) y el dependiente (0.5%); sin embargo, se excluyeron los trastornos límite, esquizotípico y narcisista ⁽⁶⁾.

En otro estudio realizado en Gran Bretaña en el 2006, que abarca desde 1989 hasta el 2002, sobre las diferentes prevalencias encontradas en los trastornos de personalidad, arrojó los siguientes resultados: 0.003% para narcisista, 0.1% para dependiente, 0.2% para histriónico, 0.5% para límite, 0.6% para esquizotípico, 0.7% para paranoide, 0.9% para esquizoide y obsesivo compulsivo, 1.8% para evitativo y 4.1% para antisocial. Se observaron cambios de acuerdo con el sexo (hombre o mujer) y por grupo; en el grupo A 13:10, en el grupo B 19:8 y en el C 16:18⁽⁷⁾.

Lo presentado anteriormente es importante ya que el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en pacientes con alteraciones reumáticas suelen estar infradiagnosticados, en parte por la tendencia del diagnóstico a enfocarse en los aspectos físicos, y en parte porque la depresión y la ansiedad se consideran reacciones normales de las enfermedades crónicas.

Debido a que no se han encontrado estudios de laboratorio o gabinete que sean diagnósticos para la presencia de un componente neuropsiquiátrico en pacientes con desórdenes reumatológicos, se debe poner especial atención a la historia temporal en relación con la presencia de síntomas psiquiátricos durante, antes o después de la exacerbación de un cuadro reumático. El psiquiatra debe explorar si el paciente entiende su enfermedad, beneficios y riesgos del tratamiento, así como reconocer qué tanto la estructura de personalidad del paciente impacta la forma en que éste experimenta la enfermedad.

Los pacientes con enfermedades reumatológicas presentan frecuentemente estrés psíquico, sobre todo cuando hay una mala adherencia terapéutica, que puede verse exacerbado por las alteraciones en la concepción de la enfermedad, síntomas, curso, riesgos potenciales, beneficios y el impacto de la enfermedad en su estado de vida.

Artritis Reumatoide:

El término de artritis reumatoide fue introducido por Garrot en 1859. Actualmente se define como una enfermedad sistémica, crónica, auto-inmune e inflamatoria de etiología desconocida, en la que el pilar central es una alteración articular erosiva, predominantemente articular, que afecta principalmente las pequeñas articulaciones de las manos y los pies de forma simétrica, de curso variable y progresivo, con distintos grados de deformidad e incapacidad, y que, eventualmente, puede presentar manifestaciones extrarticulares.

Debido a que hay agregación familiar, se puede confirmar su carácter hereditario, pero no sigue un patrón mendeliano ya que es poligenética. Aunque su causa es desconocida, se han identificado factores endócrinos, ambientales y genéticos que pueden variar de una población a otra⁽¹²⁾.

La artritis reumatoide tiene una distribución universal. La prevalencia global es del 1%, con una máxima del 5–6% en algunas poblaciones indígenas americanas, y una mínima del 0.3 – 0.6% en algunas regiones asiáticas⁽¹⁹⁾.

Obtener una prevalencia de presencia de artritis reumatoide en México a un costo secundario a los problemas metodológicos que dicho estudio representa; sin embargo, se ha estimado que oscila entre el 0.5% y el 1% de la población de adultos presenta dicha enfermedad⁽¹³⁾.

La relación hombre-mujer es de 1:2.5. Se presenta con mayor frecuencia de los 40 a los 60 años, con un pico para las mujeres entre los 45 y 54 años, mientras que en los hombres se observa un aumento progresivo con la edad⁽²¹⁾.

En cuanto a su etiología, se sabe que es una enfermedad autoinmune por la presencia de linfocitos T autoreactivos y anticuerpos. La causa es desconocida y no tiene un agente patógeno específico. Por lo tanto, se propone como una enfermedad multifactorial que involucra aspectos genéticos, inmunológicos y ambientales.

- a) Factores genéticos: se ven involucrados genes que codifican para los antígenos de histocompatibilidad (HLA) de clase II y el receptor de los linfocitos.
- b) Factores inmunológicos: La célula T, aunque no es la única que dispara la cascada de eventos clínicos e inmunológicos de la artritis reumatoide, ya que se ha visto la autoreactividad en individuos sanos.
- c) Factores ambientales: se han sugerido agentes infecciosos, como el micoplasma, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus, rubéola. Los cambios que los virus provocan se podrían ver explicados por la transformación sinovial por virus, los depósitos de antígenos bacterianos en la sinovial y por mecanismos de mimetismo molecular⁽¹⁸⁾.

En cuanto a la patogenia, se ha visto que más de un factor incide en el proceso inflamatorio a nivel articular en el individuo genéticamente dispuesto. La activación de células T es esencial para que inicie del proceso inflamatorio a nivel de la sinovia articular y la transformación de la sinovial en “pannus” que es característica de pacientes con artritis reumatoide⁽²¹⁾.

Hay otros elementos importantes para el desarrollar la artritis reumatoide, entre ellos los polimorfonucleares, las células endoteliales, los condroblastos, los osteoblastos, los linfocitos T y B, ICAM – 1, IL – 1, IL – 6, IL – 8, IL – 15, GM – CSF y FGF⁽¹⁸⁾.

En el desarrollo de la inflamación de la artritis reumatoide se distinguen 3 fases la primera fase de inflamación sinovial y perisinovial, la segunda fase de proliferación o desarrollo del *pannus* y la tercera fase de fibrosis y anquilosis^(22, 23).

En cuanto al cuadro clínico, como la artritis reumatoide es resultado de la inflamación simultánea pero individual de múltiples articulaciones, los síntomas son variados, además de los síntomas extra articulares. Puede afectar cualquier articulación diartrodial. Es frecuente la existencia de síntomas prodrómicos como la fatiga, hiporexia y la pérdida de peso.

A nivel articular, los signos clínicos incluyen tumefacción y dolor local a la palpación, en ocasiones con aumento de la temperatura y dolor al movimiento y con presencia de rigidez articular matutina que dura hasta 60 minutos (prolongada).

La artritis reumatoide afecta simultáneamente varias articulaciones, aunque típicamente de manera simétrica, en ocasiones afectando también vainas tendinosas y bursa. Frecuentemente inicia en las articulaciones de las manos, hombros, pie o carpo. El número de articulaciones inflamadas guarda relación con la gravedad de la enfermedad y el pronóstico funcional, y presenta un curso progresivo e invalidante, caracterizado por la presencia de agudizaciones⁽²⁴⁾.

De acuerdo con el cuadro clínico se pueden distinguir 3 patrones: a) Intermitente: se observa en el 70% de los pacientes; presenta remisiones parciales o completas, b) Con remisiones clínicas prolongadas: en el 20% de los pacientes; a menudo con un sólo brote de escasa duración y c) Progresivo: en el 10% de los pacientes; es el más agresivo de los tres.

La fatiga, linfadenopatía febrícula y nódulos subcutáneos sugieren que la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica ⁽²⁰⁾. El término “enfermedad reumatoide” se utiliza cuando hay afectación a otros órganos como son pulmones, ojos, nervios periféricos, vasos y corazón, así como alteraciones hematológicas.

El diagnóstico se hace con el conjunto de datos clínicos. Se pueden observar en la citología cambios como la presencia de anemia normocítica hipocrómica leve o moderada, eosinofilia – cuando la afección es extra articular–, aumento en la velocidad de sedimentación glomerular, presencia de proteína C reactiva y el factor reumatoide, presente en el 70 – 80% de los pacientes, pero no es específica de la artritis reumatoide.

En los estudios de gabinete se observan edema de partes blandas, alteraciones de la densidad mineral ósea, disminución del espacio articular cuando hay compromiso del cartílago hialino, erosiones de diferentes tipos, mal alineamiento articular y, en casos severos, se observa destrucción completa de la articulación.

Los criterios diagnósticos más aceptados son los establecidos por el American College of Rheumatology en 1987, donde se establece que deben de presentar:

- a) Rigidez matutina articular de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
- b) Artritis de tres o más áreas articulares; al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (y no sólo crecimiento óseo) observado por un médico. Las 14 posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas (MTF).
- c) Artritis de las articulaciones de las manos, manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales (IFP).
- d) Artritis simétrica, con afección simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
- e) Nódulos reumatoides, subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.
- f) Demostración de "factor reumatoide" sérico positivo.
- g) Alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías postero-anteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa, junto a las articulaciones afectadas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio).

Los criterios 1 al 4 deben estar presentes al menos 6 semanas. El diagnóstico de artritis reumatoide se hace cuando haya 4 o más criterios⁽¹⁴⁾.

El tratamiento tiene como objetivo prevenir o controlar el daño articular, prevenir la pérdida de la función o la presencia de incapacidad, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida. Se hace una evaluación del paciente con el examen físico y resultados de laboratorio.

Dentro de las terapias estándares actualmente utilizadas, se encuentra la FARME (fármacos modificadores de la actividad de artritis reumatoide), que se dividen en biológicos y no biológicos, ya que tienen la capacidad de disminuir el avance o detener el proceso de la enfermedad subyacente.

Estos fármacos incluyen: metrotexato, cloroquina, sulfasalacina, leflunomida, infliximab, etarnecep, adalimumab, rituximab^(25, 26, 27).

Psiquiatría y Artritis Reumatoide:

Se cuenta con poca información sobre la presencia de trastornos de personalidad en cuanto a pacientes que cursan con artritis reumatoide. Llama la atención que sí se hayan realizado estudios con respecto a la presencia de ansiedad y depresión. Esto nos hace pensar que hay muchos pacientes reumatológicos que presentan una enfermedad mental.

En un estudio que se realizó en el 2006, se obtuvo una muestra de 108 pacientes, más que nada mujeres, con una edad media de 44 años, de los cuales el 80% presentaba artritis reumatoide. De esta muestra, el 42% de los pacientes tenían depresión, de acuerdo con la escala de Hamilton para depresión⁽¹⁷⁾.

Otro estudio demuestra que la prevalencia de trastornos de ansiedad y del ánimo en una población con artritis reumatoide de 83 pacientes fue del 43.3%, los diagnósticos más frecuentes fueron depresión mayor con un 21.7% y trastorno de ansiedad generalizada con un 16.9%⁽³⁴⁾.

En un estudio alemán, que cuenta con una muestra de 68 pacientes con artritis reumatoide, encuentran resultados similares con respecto a depresión y ansiedad: el 65% de los pacientes con depresión y 44.4% con ansiedad, ambas, altamente correlacionadas con dolor secundario a artritis reumatoide. Los autores sugieren que aumentar el soporte social es importante en pacientes con artritis reumatoide y trastornos afectivos o de ansiedad comorbidos⁽³⁶⁾.

Braun y cols., buscaron la correlación entre rasgos de personalidad, absorción somática y la severidad de los síntomas con artritis reumatoide, encontró que había una relación en cuanto la severidad de los síntomas tanto somáticos como los de artritis reumatoide y la presencia de estrés; el estrés fue el predictor más poderoso de síntomas extrarticulares en comparación con la severidad de la artritis reumatoide. Dicho estudio sugiere que debe haber una intervención psicológica en el manejo de los síntomas extrarticulares de la artritis reumatoide⁽³⁵⁾.

Otro estudio en el que se investigaron el estrés psicológico y los rasgos de personalidad en artritis reumatoide encontraron en una muestra de 22 pacientes, que el 31.8% presentaban estrés psicológico, expresando síntomas obsesivos – compulsivos y depresión, somatización, disfunción social y conductas desadaptativas, observando que dichas características se aumentaban cuando la artritis reumatoide se exacerbaba, presentando las pacientes una distorsión de la imagen de tipo limítrofe, con mala adaptación a la artritis reumatoide⁽³⁷⁾.

Para los trastornos psiquiátricos, la psicoterapia cognitiva y conductual ha probado ser efectiva para reducir el estrés psicológico y el dolor, así como para mejorar los trastornos reumatológicos⁽⁸⁾.

Cuestionario de Personalidad Zuckerman – Kuhlman:

De acuerdo con Costa y McCrae desde 1985 se utiliza un modelo de personalidad de los *Cinco Grandes*. Este modelo se basa en cinco términos a saber: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, amabilidad y conciencia. Estas cinco dimensiones básicas se articulan en torno a 30 facetas, seis para cada dimensión.

La codificación de los rasgos de personalidad en el lenguaje natural puede no ser proporcional a la relevancia conductual de estos rasgos o su relevancia biológica. Se considera que la definición de un rasgo de personalidad no se puede resolver simplemente mediante la ejecución de un análisis factorial sobre un conjunto de variables si estas han sido recogidas al margen de un marco teórico y biológico que las sustente⁽²⁸⁾.

De acuerdo con este modelo de los *Cinco Grandes*, se creó la prueba de personalidad de Zuckerman – Kuhlman, tomando como punto de partida el hecho de que el modelo se basa los rasgos básicos de personalidad que deben poseer una base consistente en términos biológicos – evolutivos. La prueba toma como punto de partida la escala de Eysenck y sus *Tres Grandes*, pero incorporando diversas medidas de otras pruebas como la EASY (emotional activity sociability impulsivity), el Karolinska Scales of Personality, la Sensation Seeking Scale y el Strelau Temperament Inventory⁽²⁸⁾.

El modelo de los *Cinco Grandes* se basa en la composición de cinco factores amplios o dimensiones de la personalidad; estos son:

- a) Extroversión: Locuaz, atrevido, activo, bullicioso, vigoroso, positivo, espontáneo, efusivo, energético, entusiasta, aventurero, comunicativo, franco, llamativo, ruidoso, dominante, sociable.
- b) Afabilidad: Cálido, amable, cooperativo, desprendido, flexible, justo, cortés, confiado, indulgente, servicial, agradable, afectuoso, tierno, bondadoso, compasivo, considerado, conforme.
- c) Dependencia: Organizado, dependiente, escrupuloso, responsable, trabajador, eficiente, planeador, capaz, deliberado, esmerado, preciso, práctico, concienzudo, serio, ahorrativo, confiable.
- d) Estabilidad emocional: Impasible, no envidioso, relajado, objetivo, tranquilo, calmado, sereno, bondadoso, estable, satisfecho, seguro, imperturbable, poco exigente, constante, plácido, pacífico.
- e) Cultura o inteligencia: Inteligente, perceptivo, curioso, imaginativo, analítico, reflexivo, artístico, perspicaz, sagaz, ingenioso, refinado, creativo, sofisticado, bien informado, intelectual, hábil, versátil, original, profundo, culto⁽³³⁾.

El ZKPQ incluye dimensiones de personalidad que puedan ser potencialmente replicadas entre especies diferentes, bajo la consideración de que si un rasgo se considera relevante en términos de personalidad, éste debiera poderse contextualizar en términos de su arraigo biológico y evolutivo⁽²⁹⁾.

Los rasgos básicos de personalidad recogidos en el modelo, así como los elementos que comprende cada uno de ellos son:

- Neuroticismo – Ansiedad (N-Anx): la escala mide preocupación emocional, tensión, miedos, indecisiones, obsesión, falta de autoconfianza y especial sensibilidad a la crítica.
- Actividad (Act): evalúa la necesidad de actividad general, dificultad para relajarse o para no hacer nada cuando es posible y preferencia por los trabajos duros, activos, de gran consumo de energía y que supongan una vida ocupada.
 - Esfuerzo de trabajo.
 - Actividad General.
- Sociabilidad (Sy): hace referencia al número de amigos, las ganas de estar con ellos y asistir a fiestas, y la preferencia por realizar actividades con otros en contraposición a realizarlas a solas.
 - Amigos y Familia.
 - Miedo al aislamiento.
- Impulsividad – Búsqueda de Sensaciones (ImpSS): evalúa una capacidad pobre para planear y la tendencia a actuar impulsivamente sin pensar en las consecuencias, así como la búsqueda activa de experiencias nuevas que supongan excitación y riesgo.
 - Impulsividad.
 - Búsqueda de sensaciones.
- Agresión – Hostilidad (Agg-Host): hace referencia a la predisposición de expresar agresividad verbal, rudeza, grosería, desconsideración a los demás, conducta antisocial y deseo de venganza, malicia.
- Infrecuencia (Inf): escala indiferenciada que tiene como objeto la detección de sujetos que tiendan a responder de forma inadecuada o bien a responder prestando poca atención a la tarea^(30,31).

En cuanto a la fiabilidad, se define como la magnitud de los errores de los que está dotada la prueba con el objetivo de acotar a qué nivel de calidad asciende el instrumento y, por tanto, el grado de confianza que dicho instrumento merece, determinando que si un instrumento se aplica en diversas ocasiones, un mismo sujeto puntúe de forma similar pero no igual⁽³¹⁾.

Fiabilidad Interna o consistencia interna: se obtiene observando si los ítems constitutivos de una misma dimensión de personalidad presentan correlaciones entre sí elevadas. El valor, llamado coeficiente alfa, va de 0 a 1 dependiendo tanto de la cantidad de los reactivos analizados como de las varianzas que generan cuando son administrados a una muestra determinada. En cuanto a Neuroticismo – Ansiedad obtuvo 0.87, la de Actividad 0.89, Sociabilidad 0.90, Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones 0.91 y Agresividad y Hostilidad 0.77⁽³¹⁾.

El concepto de validez se refiere a estar midiendo lo que en realidad se está midiendo. Se torna complejo al medir variables psiquiátricas, ya que la mayoría de ellas no pueden ser observadas o medidas directamente, por lo tanto se buscan, más bien, instrumentos fiables y no válidos. Sin embargo, el ZKPQ utiliza correlaciones intraclase para cada una de las cinco dimensiones, así como un análisis factorial, lo que da cierta validez al estudio⁽³⁰⁾.

El ZKPQ obtiene índices de congruencia que van desde 0.84 a 0.96, que indican un indicativo de similitud factorial, con una reproductividad adecuada entre poblaciones y culturas diferentes, lo que valida al instrumento para ser usado⁽³¹⁾.

De acuerdo con un modelo multivariante constituido por las dimensiones de personalidad, para esta prueba se supone una sensibilidad del 87.8%, una especificidad del 87.8%, con valores predictivos negativo y positivo por arriba del 80%⁽³¹⁾.

Baremos: busca relativizar los resultados que se obtienen en ZKPQ para darles un significado. Hay que tomar en cuenta que los baremos no son iguales en todos los instrumentos, ya que pueden variar de acuerdo a situación actual de las personas, edad, sexo, etc. Es importante recordar que aunque sea posible, el ZKPQ no supone una evaluación clínica de la personalidad. Con esto asumimos que, aunque puede compararse el perfil de personalidad de un individuo en un contexto clínico respecto a la población general, el ZKPQ no puede percibirse como un instrumento detector o descriptor de patología. No hay puntos de corte ni es posible inferir categorías diagnósticas, o por lo menos no desde el punto de vista de instrumento criterial o desde una perspectiva clínica clásica. Se debe tener en cuenta que no existe una población ideal sobre la cual desarrollar un baremo, sin embargo los autores de la el QPZK proponen utilizar como referencia un estudio realizado en España que toma en cuenta 1678 pacientes, para realizar los baremos, y de esa manera tener un punto de corte en el que nos podemos basar⁽³²⁾.

JUSTIFICACIÓN

En la consulta externa de Reumatología del CMN 20 de Noviembre se atienden varios pacientes que presentan comorbilidad con trastornos psiquiátricos; dicha situación conlleva a un tratamiento simbiótico. Dependiendo de las comorbilidades psiquiátricas, se observan diferentes respuestas a los tratamientos; por lo anterior, y con el objetivo de tener más ramas de investigación en el futuro, nuestro propósito es identificar la presencia de dimensiones de personalidad en la población con artritis reumatoide.

Se ha observado que la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos se ve asociada a un aumento en el tiempo de recuperación, mal apego al tratamiento farmacológico y una mala respuesta al mismo. Este estudio deriva, entre otras razones, del hecho de que existe poca información sobre la prevalencia de dimensiones de personalidad y sobre la relación de dichos rasgos con las enfermedades reumáticas a nivel de hospital general. La importancia de los estudios de prevalencia radica en la orientación que brindan sobre los factores que relacionan a la psiquiatría y a la reumatología al tratar pacientes en común, sobre cómo las enfermedades de una influyen en la otra y sobre la posible alteración de la respuesta al tratamiento y la mejoría de la enfermedad con disminución de los síntomas.

Es importante hacer notar que si los trastornos de personalidad en pacientes que están cursando con una enfermedad crónica – degenerativa se detectan oportunamente, y si se observa que hay cambios en cuanto al apego o respuesta al tratamiento, entonces se puede hacer una intervención más profunda y adecuada a aquellos pacientes que lo requieran, con el objetivo de obtener una respuesta terapéutica más rápida y efectiva.

Desde el punto de vista metodológico, la importancia de estudiar la prevalencia de una enfermedad se centra, fundamentalmente, en desarrollar medidas e infraestructura de salud necesarias para controlar o resolver el problema de la enfermedad, además de orientar en la búsqueda de factores causales.

PROBLEMA:

La literatura revisada cuenta con datos suficientes para correlacionar la presencia de ansiedad y trastornos afectivos con la artritis reumatoide; sin embargo, los estudios que relacionan los rasgos de personalidad con dicha enfermedad son escasos y poco claros, por lo que considero importante investigar si existe alguna dimensión de personalidad, de acuerdo con el sistema de los "5 Grandes", que predomine en los pacientes con artritis reumatoide, así como si alguna de ellas se ve relacionada con la edad, sexo o escolaridad, en pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

HIPÓTESIS:

Hipótesis verdadera o afirmativa: Existe una dimensión de personalidad de acuerdo a la clasificación de los "5 Grandes", que tenga una mayor prevalencia en pacientes que acuden a la consulta externa de reumatología en el CMN 20 de Noviembre.

Hipótesis nula: No existe una dimensión de personalidad de acuerdo a la clasificación de los "5 Grandes", que tenga una mayor prevalencia en pacientes que acuden a la consulta externa de reumatología en el CMN 20 de Noviembre.

OBJETIVOS:

General: Determinar la prevalencia de las características dimensionales de personalidad de acuerdo con la clasificación de los "5 Grandes" en los pacientes de la consulta externa de reumatología, en el periodo comprendido entre mayo y julio del 2010.

Específicos:

- a) Determinar el número de casos de pacientes con rasgos de personalidad predominante en la consulta externa de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
- b) Correlacionar algunos factores demográficos con las características de personalidad que puntúen más alto en los pacientes con artritis reumatoide en la consulta externa de reumatología del CMN 20 de Noviembre.
- c) Verificar si existe una relación entre edad, sexo o escolaridad y un aumento en la prevalencia de alguno de los rasgos de personalidad según el modelo de los "5 Grandes".

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: Es un estudio de tipo observacional; el objetivo es, únicamente, presenciar un fenómeno sin modificar intencionalmente sus variables; es también un estudio de tipo descriptivo, abierto y transversal, ya que los datos se recolectaron en un grupo específico en un momento dado.

Población: Pacientes de ambos sexos con artritis reumatoide, que cuentan con una edad entre 18 y 60 años y que acuden a la consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, durante los meses de mayo, junio y julio del 2010.

Tamaño de la muestra: se realizó un muestreo no aleatorizado y consecutivo, que arrojó un total de 143 pacientes. 26 pacientes no aceptaron participar en el estudio, 13 entregaron el cuestionario incompleto, 9 se fueron del hospital sin entregar el cuestionario y 10 de los cuestionarios presentaron calificaciones en la subescala de infrecuencia por arriba de 5 puntos, por lo que la muestra final fue de 85 pacientes.

La intención del muestreo era entrevistar al mayor número posible de pacientes para obtener una cifra más fidedigna de las dimensiones de personalidad estudiadas; con la muestra obtenida, existe un poder (Z_{β}) del 0.98.

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes derechohabientes de la consulta externa de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
- b) Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.
- c) Sexo indistinto.
- d) Dentro del rango de edad entre 18 y 60 años.
- e) Que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Imposibilidad física para contestar el cuestionario.
- b) Pacientes con alteraciones en el área cognitiva que imposibiliten la realización del cuestionario.
- c) Pacientes analfabetas.

Criterios de eliminación:

- a) Llenado incompleto del cuestionario.
- b) Obtención de un puntaje mayor o igual a 5 en la subescala “Infrecuencia” del cuestionario de personalidad de Zuckerman–Kuhlman.

Variables:

Personalidad: Variable dependiente

Artritis reumatoide: variable independiente

Instrumento: Cuestionario de Personalidad Zuckerman–Kuhlman.

PROCEDIMIENTOS

Descripción general del estudio:

Para realizar la evaluación de acuerdo con los objetivos planteados, los pacientes con artritis reumatoide que acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre contestaron el Cuestionario de Personalidad Zuckerman–Kulhman, incluyendo datos demográficos: edad, sexo y nivel de escolaridad.

Los pacientes contestaron el cuestionario durante el turno matutino, en la sala de espera, antes de entrar a consulta, o después de haber recibido la atención médica. Los pacientes tardaron en contestar la prueba aproximadamente 30 minutos y respondieron el cuestionario en una sola sesión. El cuestionario se calificó de acuerdo con las claves de corrección del cuestionario de personalidad; se especificó el puntaje global de las escalas y, una vez calificadas las pruebas, se hizo la estandarización de las mismas para obtener un puntaje que denominamos valor “Z”, por medio de la fórmula:

$$\frac{\text{---}}{\text{---}}$$

Una vez obtenidos todos los datos, se vaciaron en el programa Excel, para obtener una tabla de información bien organizada y verificada

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A) Estadística Descriptiva

1. Tablas de frecuencia
2. Medidas de tendencia central: media, mediana y moda
3. Medidas de dispersión: rango, desviación estándar, error estándar, medidas de posición
4. Tablas de contingencia
5. Gráficas de barra y de Caja y Bigote

B) Estadística Inferencial

Paramétrica:

1. Análisis de varianza (ANOVA) de uno y dos factores y Prueba de Comparaciones Múltiples de Tukey
2. Análisis de Correlación: Diagramas de Dispersión, Coeficiente de Correlación de Pearson
3. Intervalos de Confianza del 95% basados en la distribución Binomial.
4. Pruebas de Independencia Ji Cuadrada

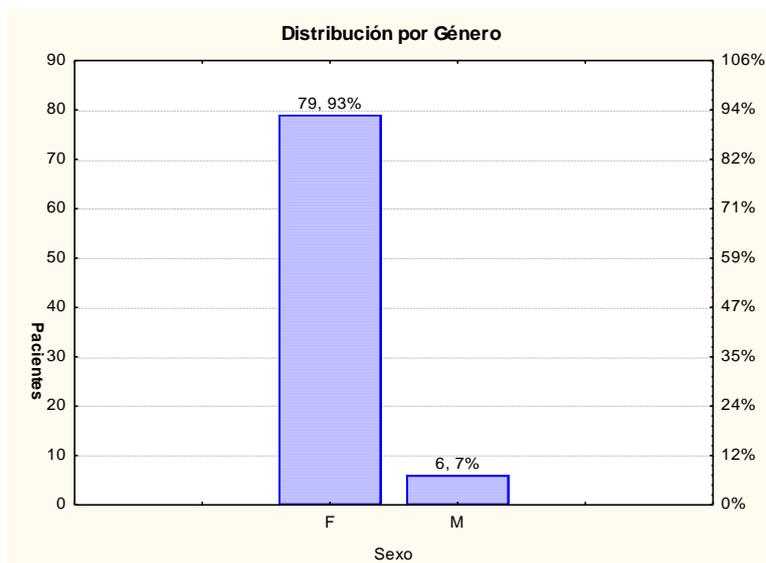
C) Software Estadístico:

1. STATISTICA 7.0
2. EPI _ INFO 6.04
3. Number Cruntcher 2000

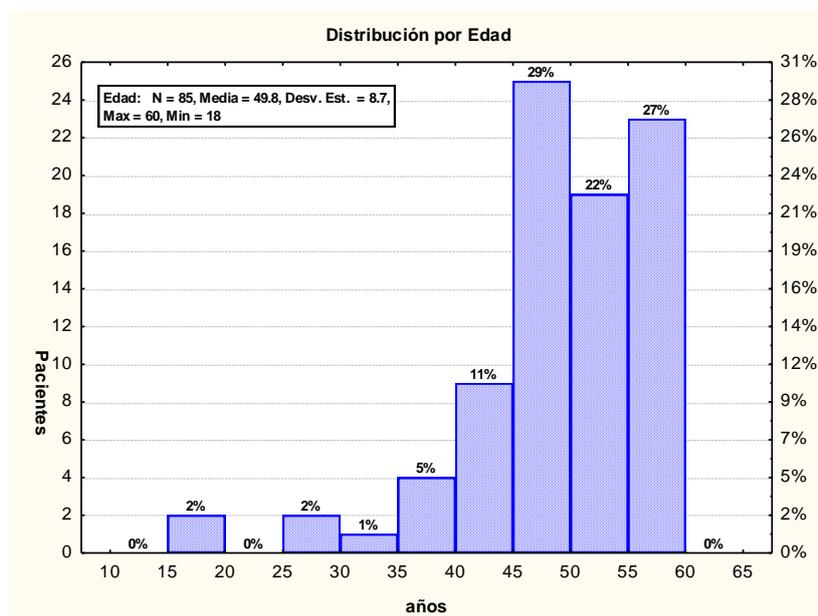
Financiamiento: Todos los gastos se absorbieron por los autores del estudio.

RESULTADOS

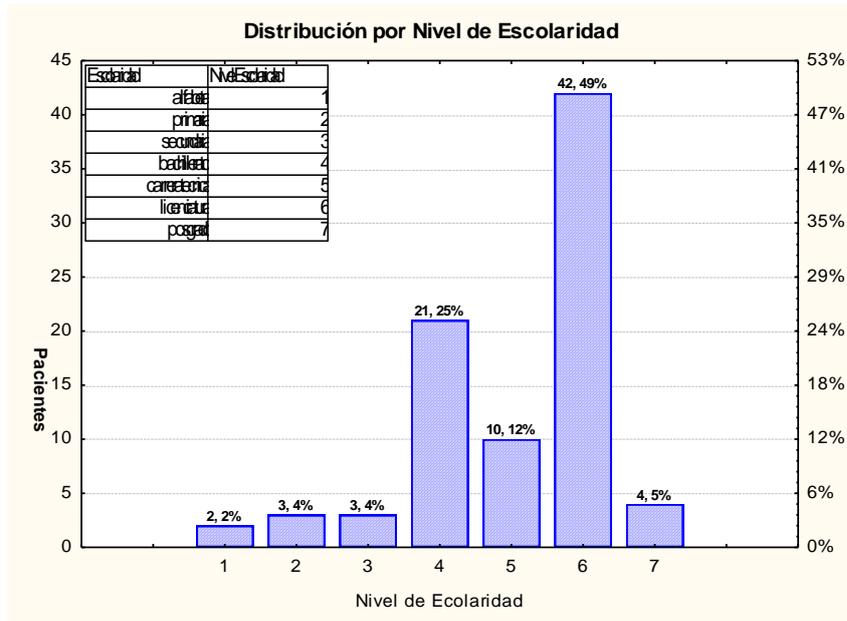
GRÁFICAS



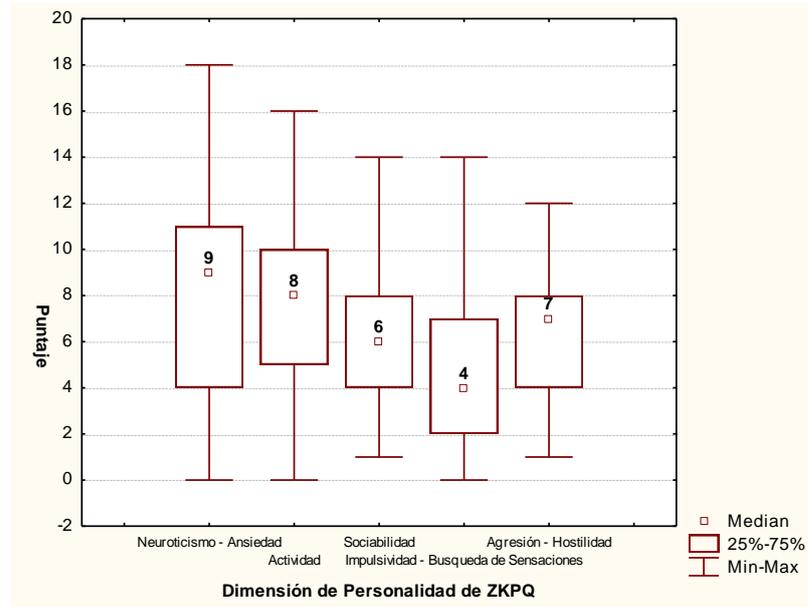
Gráfica 1. Composición de la muestra estudiada por género.



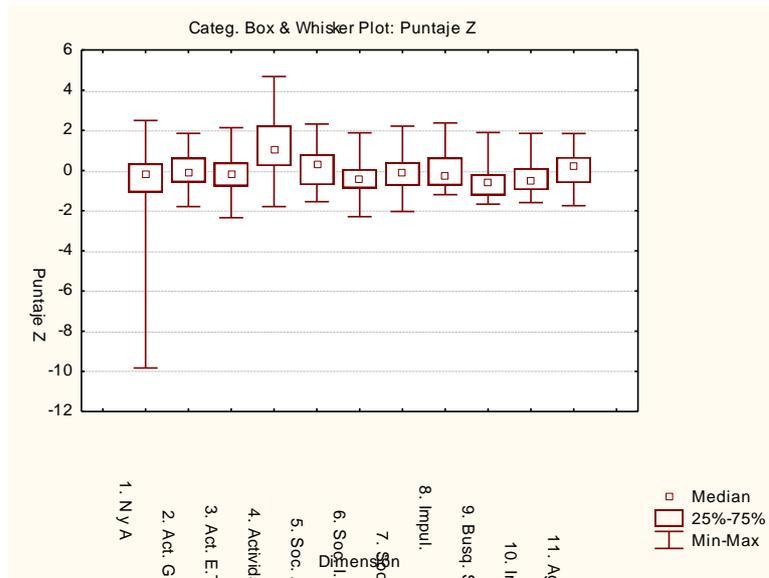
Gráfica 2. Composición de la muestra estudiada por edad.



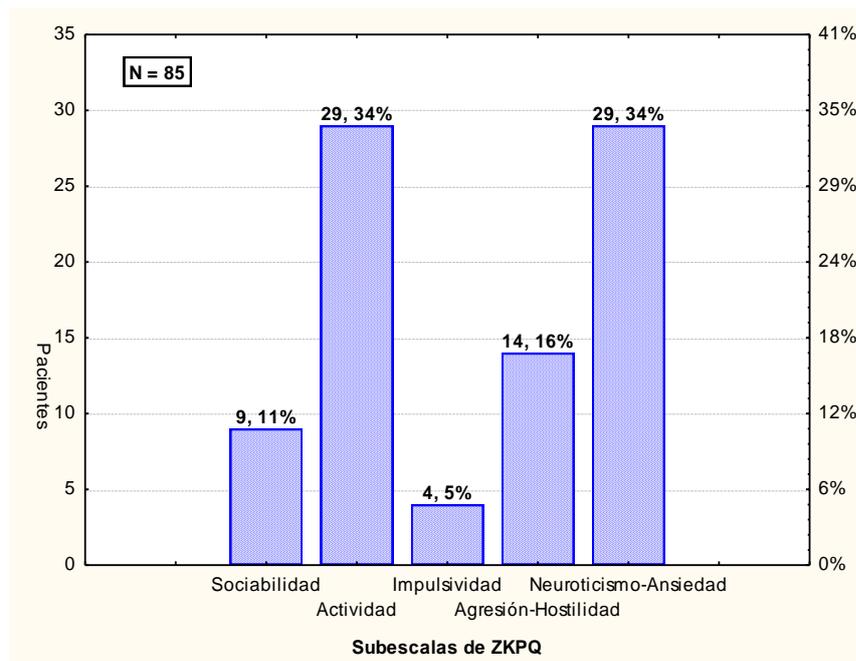
Gráfica 3. Composición de la muestra estudiada por nivel de escolaridad.



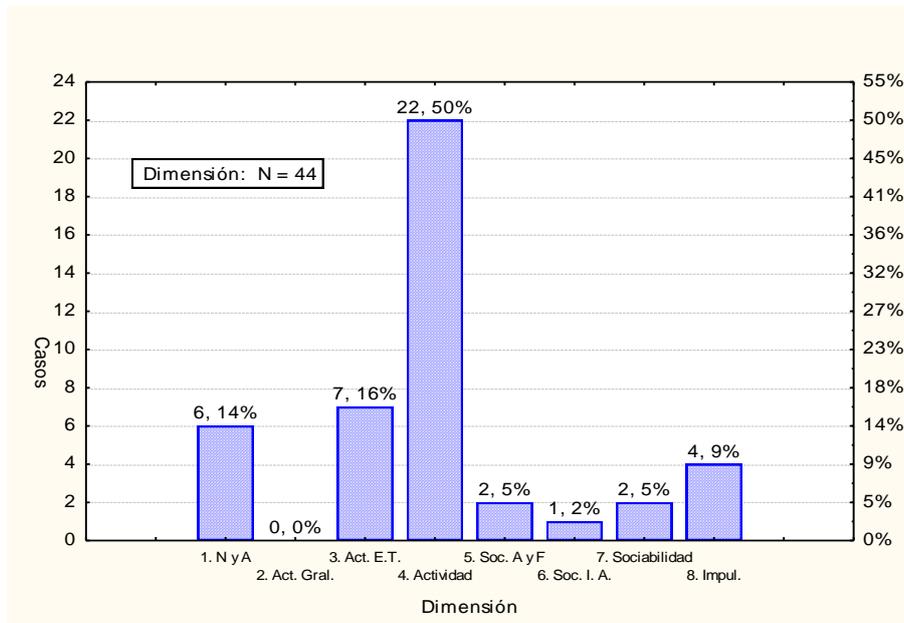
Gráfica 4. Puntaje promedio (mediana) alcanzado por la muestra de pacientes en cada dimensión de personalidad de ZKPQ.



Gráfica 5. Puntaje promedio (mediana) alcanzado por la muestra de pacientes en cada dimensión de personalidad de ZKPQ después de la estandarización.



Gráfica 6. Distribución de las escalas de ZKPQ donde ocurrieron los puntajes máximos



Gráfica 7. Distribución de las escalas y subescalas estandarizadas de ZKPQ donde ocurrieron los puntajes máximos.

TABLAS

DIMENSIÓN	NORMAL	ANORMAL
Neuroticismo - Ansiedad	79	6
Actividad	63	22
Actividad General	85	0
Esfuerzo de Trabajo	78	7
Sociabilidad	83	2
Amigos y familia	83	2
Aislamiento	84	1
Impulsividad – Búsqueda de Sensaciones	85	0
Impulsividad	81	4
Búsqueda de Sensaciones	85	0
Agresividad – Hostilidad	85	0
Total		44

Tabla 1. Presentación de las dimensiones del ZKPQ, calificaciones que salen del rango de normalidad.

DIMENSIÓN	Z neg.	Z pos.
Neuroticismo - Ansiedad	3	3
Actividad	0	22
Actividad General	0	0
Esfuerzo de Trabajo	4	3
Sociabilidad	1	1
Amigos y familia	0	2
Aislamiento	1	0
Impulsividad – Búsqueda de Sensaciones	0	0
Impulsividad	0	4
Búsqueda de Sensaciones	0	0
Agresividad – Hostilidad	0	0
Total	9	35

Tabla 2. Presentación de las dimensiones del ZKPQ estandarizadas con puntajes positivos y negativos.

DISCUSIÓN

En la gráfica 1 se esquematiza la distribución de acuerdo con el sexo de la muestra, se observa que predominan el sexo femenino, pudiéndose cuantificar 79 mujeres y 6 hombres que corresponden al 93% y 7% respectivamente.

En la gráfica 2 se describen la distribución de la muestra por grupo de edades, en porcentajes, esquematizando que la mayoría de la muestra se encuentra dentro del grupo de los 40 a los 60 años, donde se agrupan el 89% de la población, que corresponde a 76 pacientes. La media de la edad es de 49.8 años con una desviación estándar de 8.7, con un máximo de 60 años y un mínimo de 18 años.

El mayor porcentaje de pacientes (49%, que corresponde a 42 pacientes) tuvieron una escolaridad de licenciatura; 21 pacientes, que corresponde al 25% de la muestra, tuvieron el bachillerato como nivel máximo de estudios; el 12%, es decir 10 pacientes, tuvieron una carrera técnica, mientras que 4 pacientes, que corresponden al 5%, tuvieron estudios de posgrado; 3 pacientes, que corresponden a 4% de la muestra, tuvieron primaria y secundaria como nivel máximo de estudios y sólo 1 paciente apareció como alfabetizado. Los datos anteriores se muestran en la gráfica 3.

La gráfica 4 esquematiza el puntaje promedio, con los mínimos y máximos, así como la mediana de los puntajes a grosso modo alcanzados con el ZKPQ, en los datos gruesos, que van en la subescala de Neuroticismo–Ansiedad desde 0 hasta 18 puntos con una mediana de 9, en la de Actividad desde 0 hasta 16 puntos con una mediana de 8, en la de Sociabilidad desde 1 a 14 puntos, con una mediana de 6, Impulsividad–Búsqueda de Sensaciones desde 0 hasta 14 puntos, con una mediana de 4, y Agresión–Hostilidad desde 1 a 12 puntos con una mediana de 7. Sin embargo, en la gráfica 5 se esquematizan los puntajes mínimos y máximos de las escalas con sus componentes de acuerdo con la corrección con los baremos, que nos indica que la escala de Neuroticismo–Ansiedad va desde -10 hasta 2.5, la Actividad de -2 a 5, la actividad general de -2 a 2, la actividad por esfuerzo de trabajo de -2.5 a 2.2, la Sociabilidad de -2 a 2, Sociabilidad de amigos y familia de -1.8 a 2.2, el miedo a aislamiento de -2.2 a 2, la Impulsividad–Búsqueda de Sensaciones de -1.8 a 1.9, con la subescala de impulsividad de -1 a 2.2 y la de búsqueda de sensaciones de -1.8 a 2 y la de Agresividad–Hostilidad que va de -1.8 a 2; estos datos se consideran como el valor Z de las escalas.

La gráfica 6 describe la distribución de las subescala del ZKPQ, en los datos preliminares, donde se tuvieron los puntajes máximos en cada una de las escalas, donde resaltan la de Neuroticismo–Ansiedad y Actividad, con 29 pacientes cada una, que corresponde al 34% de la muestra en cada una, 14 pacientes que corresponde al 16% de la muestra en Agresividad–Hostilidad, 9 pacientes que corresponde al 11% de la muestra en Sociabilidad y 4 pacientes que corresponden a 5% de la muestra en Impulsividad–Búsqueda de Sensaciones. En la gráfica 7 se observa la distribución de las escalas y subescalas, posterior a la corrección con los baremos, donde los pacientes presentan un valor de Z superior a 2 o inferior a -2, presentando 44 pacientes dicha calificación. Se observa que 22 pacientes, que corresponde al 50% de la muestra, se

encuentran en la dimensión de Actividad, 7 pacientes que corresponde a un 16% en la subescala de Actividad esfuerzo de trabajo, 6 pacientes que corresponde a un 14% en Neuroticismo–Ansiedad, 4 pacientes que corresponde a un 9% en Impulsividad, 2 paciente que corresponde al 5% en la subescala de Sociabilidad, al igual que 2 pacientes en la subescala de amigos y familia y 1 que corresponde al 2% en la subescala de miedo al aislamiento. Los datos se ejemplifican en la tabla 1, donde se observa que algunas escalas y subescalas no presentan pacientes con calificaciones fuera del rango de normalidad, se obtiene la calificación de χ^2 de Pearson $p < 0.001$.

Al correlacionar las dimensiones de personalidad con valores de Z anormales con el sexo, se observa que 41 de los 44 pacientes son mujeres, sólo 3 hombres, nuevamente con χ^2 de Pearson $p < 0.001$.

En cuanto al nivel de escolaridad, 1 de los casos se presentó en el grupo de primaria, 1 en el grupo de secundaria, 6 en el grupo de bachillerato, 4 en el grupo de carrera técnica, 26 en el de licenciatura y 5 en el de posgrado, donde únicamente en el grupo de licenciatura se cuenta con una χ^2 de Pearson $p < 0.001$; el resto no es estadísticamente significativo.

La tabla 2 expone el número de pacientes que obtuvieron calificaciones de la estandarización fuera de la normalidad, dependiendo de los valores si fueron negativos o positivos, presentando un total de 9 pacientes con calificaciones negativas, que corresponden a 3 de Neuroticismo - ansiedad, 4 en la subescala de actividad, esfuerzo de trabajo, 1 en sociabilidad, y 1 en aislamiento. De las calificaciones que dieron resultados positivos por arriba de 2, fueron 3 de Neuroticismo–Ansiedad, 22 de Actividad General, 3 de la subescala de Actividad, esfuerzo de trabajo, 1 de Sociabilidad y 4 de Impulsividad.

Se realiza la correlación de las variables demográficas (edad, sexo y escolaridad), con las diferentes escalas en los datos gruesos. Se correlacionan los puntajes máximos preliminares con la edad, y se observa una $r = .12$, con cierta tendencia a demostrar que conforme la edad va en aumento hay una pequeña disminución en cuanto a los puntajes; sin embargo, no es estadísticamente significativo ($p = .12$). Asimismo, se correlacionan los puntajes máximos preliminares con la escolaridad, observándose que se mantiene con una correlación nula ($r = .05$), por lo que no importa el grado académico en cuanto a la calificación que obtengan los pacientes en el ZKPQ.

Se muestra la presencia de una correlación importante con una $r = -.44$ en la subescala de Actividad al relacionarla con la edad, que es donde se obtiene el mayor número de pacientes con puntaje más alto, con una $p = 0.015$. Además, cuando se correlaciona con escolaridad se observa una mayor cantidad de pacientes con un nivel de escolaridad de carrera técnica y más, con una $r = .22$ (que sugiere tendencia), pero sin significancia estadística. En dicho análisis se observa que a mayor edad, menor es el puntaje que se observa en la subescala de actividad. Resultados similares se observan cuando se hace el análisis a las puntuaciones estandarizadas.

En las escalas de Neuroticismo–Ansiedad y Agresividad–Hostilidad, se observa también una tendencia con una $r = .22$ y $r = .19$ respectivamente, donde a mayor edad, se observan menores puntaje en la subescala; sin embargo, tampoco se puede descartar el azar. Pero en la subescala de Agresividad – Hostilidad sí se observa una tendencia con una $r = .39$ que a mayor grado de escolaridad disminuyen los puntajes de la subescala, aunque tampoco es estadísticamente significativa ($p = .1$).

Con respecto a la prueba utilizada, se buscó que utilizara un análisis dimensional de la personalidad, ya que se propone en el DSM V detectar la personalidad desde un punto de vista dimensional, en vez de basarse en una clasificación categórica. Este nuevo enfoque provee una forma diferente de acercarse a los trastornos de personalidad de forma más integral y, al ser dimensional, nos permite ver la evolución a través del tiempo para tener un mejor tratamiento y pronóstico.

En un estudio se hace la correlación que existe entre el modelo de los 5 factores de la personalidad y las categorías de personalidad que expone el DSM IV TR; sin embargo, dicha situación apoya la posibilidad de tener un mejor acercamiento a los pacientes con trastornos de personalidad. Se observó que los datos que sugieren la presencia de un trastorno de personalidad son los resultados elevados en los apartado de Neuroticismo, Agradabilidad y Sociabilidad; el apartado de Neuroticismo se ve asociado al trastorno limítrofe, de evitación y dependencia, cuando el apartado de sociabilidad está bajo se asocia con los del grupo A, que son paranoide, esquizoide, esquizotípico y, además, con el de evitación. El apartado de Sociabilidad, cuando tiene resultados positivos se ve asociado con el narcisista e histriónico y si el puntaje es bajo se asocia con esquizoide, apertura y conciencia con puntajes altos se asocia a personalidad obsesiva – compulsiva y las bajas calificaciones se asocian con el trastorno antisocial y límite; explorar la relación que existe entre la clasificación de la personalidad de acuerdo con el DSM IV y con el de los "5 Grandes" nos puede ayudar a mejorar la forma en que conceptualizamos y comprendemos la personalidad (38).

Si bien la presentación de la artritis reumatoide se da con más frecuencia en mujeres que en hombres, la relación en este estudio se observa con una marcada tendencia en el sexo femenino; sin embargo, es importante resaltar que los pacientes hombres se mostraron más reacios a contestar la prueba.

En un estudio se relacionó la presencia de empeoramiento de los síntomas en enfermedades reumáticas con alteraciones psiquiátricas, a excepción de los trastornos de personalidad (39), pero consideramos importante resaltar que se observan cambios de personalidad en los pacientes que cursan con enfermedades graves.

Es importante resaltar que no se cuenta con datos en la literatura con los que se puedan comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio, además de que el cuestionario de personalidad de Zuckerman – Kuhlman no se propone utilizarlo como un instrumento diagnóstico, más bien como un instrumento que nos aporte datos sobre una dimensión de personalidad en los pacientes con artritis reumatoide.

Los baremos utilizados para hacer el ajuste en este estudio se basan en aquel utilizado en el estudio de Goma - i – Freixanet en el 2008, el cual, a partir de una muestra poblacional española de 1678 pacientes, establece un rango para obtener el valor Z en nuestra muestra⁽³²⁾. Sin embargo, como se hace notar en la literatura, no nos proporciona un punto de corte, ni se infiere patología, por lo tanto las comparaciones deben ser normativas, con baremos (como es nuestro caso) o comparando con poblaciones diferentes.

Si bien hubo una mayor correlación con el sexo femenino, con una escolaridad de licenciatura y con una edad de entre 40 y 60 años, estos datos sólo nos dan una pauta ya que la mayoría de la muestra cae dentro de dichos grupos. Esto podría ser un sesgo del estudio, ya que no se tiene un punto fiable de comparación; no obstante, es de llamar la atención que es una muestra representativa (de acuerdo con el poder del estudio 0.97) que nos podría sugerir una tendencia con respecto a qué dimensiones de personalidad son las que están predominando en dichas variables demográficas.

Siendo la intención principal de este estudio describir las dimensiones de personalidad predominantes en dichos pacientes, podemos concluir que tanto en los datos crudos como en los datos estandarizados puntúan altos en Actividad, y aunque en los datos crudos puntúan alto en Neuroticismo–Ansiedad, no se demuestran datos estadísticamente significativos en la estandarización, pero se debe notar que se observan altas puntuaciones negativas para esta subescala, lo que podría correlacionar los datos crudos con las estandarizaciones.

Recordemos que el cuestionario de personalidad del Zuckerman–Kuhlman no mide a la personalidad categóricamente, sino de forma dimensional, por lo que se podría utilizar la información para un estudio posterior que nos otorgue datos de los cambios que se podrían estar presentando conforme a la evolución de la enfermedad y cómo ésta puede influir sobre la personalidad.

CONCLUSIONES

La dimensión de personalidad de acuerdo al modelos de los “5 Grandes” que se observó más frecuentemente en pacientes con artritis reumatoide fue la de Actividad después de hacer el ajuste de la calificación del cuestionario. Principalmente en pacientes femeninos, con escolaridad de licenciatura y entre el rango de edad de 40 a 60 años.

De los 85 pacientes que participaron en el estudio, 44 tuvieron una puntuación alta, 22 en Actividad, 7 en esfuerzo de trabajo, 6 en Neuroticismo–Ansiedad, 4 en Impulsividad, 2 en Sociabilidad y 2 en amigos y familia y, por último 1 en aislamiento.

Se encontró relación estadísticamente significativa con la subescala de Actividad y el nivel de escolaridad, mientras mayor es el grado académico, menor es el puntaje obtenido. Con el resto de las variables no hubo una correlación.

La dimensión de Actividad se refiere a personas que tienen dificultad para relajarse o no hacer nada, preferencia por trabajos duros y activos, con gran consumo de energía, esto llama la atención en los pacientes que cursan con artritis reumatoide, ya que son pacientes con dificultad para el movimiento y que presentan dolor con mucha frecuencia, por lo que se podría incidir en dichos pacientes buscando que canalicen el exceso de energía en actividades que no deterioren su condición física.

Con base en éste estudio se puede plantear un plan en común entre los servicios de psiquiatría y reumatología para mejorar el apego al tratamiento y obtener así una mejor respuesta y mejoría de los pacientes con artritis reumatoide, así como detección oportuna de comorbilidades que podrían entorpecer la evolución de la enfermedad reumática.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM – IV – TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
2. Carolina Inostroza y Yanet Quijada (Mayo de 2001).
3. The prevalence of DSM – IV personality disorders in psychiatric outpatients. M. Zimmerman, L. Rothschild, I. Chelminski. (*Am J Psychiatry* 2005; 162:1911 – 1918)
4. Management of complex and severe personality disorders in a community mental health services. P. Tyrer and R. Mulder. *Current Opinion in Psychiatry* (2006, 19:400 – 404).
5. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. J.A. Verbunt, Dia HFM Pernot and Rob JEM Smeets (*Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6:8).
6. Personality disorder prevalence surprises researchers. E. Bender, *Psychiatrics news* September 2004 (vol. 39, Num. 17).
7. Prevalence and correlates of personality disorders in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* (2006. 188, 423 – 431).
8. *Psychiatric Issues in Rheumatology.* J. Levenson, MD. *Primary Psychiatry.* 2006;13(11):23-27
9. *Rheumatoid Diseases.* Harvey M. Berman. Capítulo 23.
10. Personality disorders and emotional variables in patients with lupus. *Salud Mental* (2007, marzo-abril, vol. 30, número 002)
11. Quick reference for personality disorders. 2005, Vol. III No. 3
12. Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿qué esperar de América Latina? A. M. Delgado – Vega, J. Martín, J. Granados, J. M. Anaya. *Biomédica* 2006; 26:562 – 84.
13. Artritis reumatoide: una enfermedad con prevalencia homogénea. H. Quevedo, L. Vidal, L. Castañeda. *Revista Peruana de Reumatología: Vol. 1 No 1, Año 1995.*
14. Classification criteria for rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. J. Braun and J. Sieper. *Clin Exp Rheumatology* 2009; 27(suppl. 55):S68 – S73.
15. Wikipedia
16. Sinopsis de psiquiatría. Kaplan. 7ma edición. Pag. 749
17. Frequency of depression and anxiety in patients attending a rheumatology clinic. Azad N, Gondal M, Abbas N. *J College Physician* 2008 Sep;18(9):569-73
18. Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿qué esperar de América Latina?. A. M. Delgado-Vega, J. Martín, J. Granados, J.M. Anaya. *Biomédica* 2006;26:256-84
19. Rheumatoid arthritis: diagnosis and management. Majithia V, Geraci SA (2007) *Am. J. Med.* Vol. 120. n.º 11. pp. 936–9.
20. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, Gabriel SE, Matteson EL (2003) *Ann. Rheum. Dis.* Vol. 62. n.º 8. pp. 722–7.
21. Artritis reumatoide: epidemiología, patología y patogenia. J.I Goronzy, C.M Wegan. Principios de enfermedades reumáticas 4ª edición en castellano. México 2000; 179 – 186.
22. Invasive fibroblast – sinoviocytes on the arthritis rheumatoid. G.S Firestein. 1996; 39: 1781 – 1790.
23. Manifestaciones articulares de artritis reumatoides. J.F Ríos Moctezuma. *Rev. Mexicana de reumatología.* 2002; 17: 211 – 219.
24. Clinical studies with an articular index of assesment of joint tenderness in patients with arthritis rheumatoid, DM Rithie, JA Boyle, JM McInnes. *QJ Med*, 1968; 37:393.
25. Rational use new and existing disease – modifying agents in Rheumatoid arthritis. JM Kremer. *Ann Internal Med.* 2001; 134:695 – 706.
26. The effectiveness of early treatment with “second-line” antirheumatic drugs. A Vander Heijde, JWG. Jacobs. *Ann Internal Med.* 1996; 124: 699 – 707.
27. Actualización del consenso de la sociedad española de reumatología sobre terapia biológica en la artritis reumatoide. V Rodríguez – Valverde, R. Cáliz Cáliz, JM Álvaro Gracia.
28. Replicability of the three, four and five Zuckerman’s personality super – factors. Exploratory and confirmatory factor analysis of the EPQ – RS and NEO – PI – R. Aluja A, García o & García L.F *Personality and individual differences* (2004), 36, 1093-1108.
29. Psychometric properties of the Zuckerman – Kuhlman Personality Questionnaire. M. Goma-i-Freixanet, S. Valero, J. Punti, M. Zuckerman. *European Journal of psychological assesment.* Vol 20, issue 2, pp 134-146.

30. Consensual validity parameters of the Zuckerman – Kuhlman Personality Questionnaire: evidence from self – reports and spouse reports. M. Goma-i-Freixanet, A.J. Wismeijer. *Journal of personality assessment*. 2005, 84 (3) 229-286.
31. Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal – range controls. M. Goma-i-Freixanate, J. Soler, S. Valero, J.C Pacual, V. Pérez. *Journal of personality disorders* 2008, vol. 22 (2), 179-190.
32. Spanish normative data of the Zuckerman – Kuhlman Personality Questionnaire in general population sample. *Psicotema* 2008. Vol. 20, pp 324-330.
33. Why I advocate the five – factor model: Joint analyses of the NEO – PI and other instrument. En D.M. Buss y N. Cantor (Eds.): *Personality Psychology: Recent Trends and Emerging Directions*. Nueva York: Springer Verlag. McCrae, R.R. (1989).
34. Anti-tumor necrosis factor-alpha therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. Uguz F., Akman C., Kucuksarac S., Tufeci O. *Psychiatric Clin Neuroscience*. 2009 Feb; 63(1): 50 – 5.
35. A personality characteristic, somatic absorption and the perception of somatic symptoms in rheumatoid arthritis patients. Braun IM, Liang MH, Orav EJ, Ahern DK, Barsky AJ. *Rheumatol*. 2008 May; 35(5):782-9. Epub 2008 Mar 1
36. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. Zyrianova Y, Kelly BD, Gallagher C, McCarthy C, Molloy MG, Sheehan J, Dinan TG. *Ir J Med Sci*. 2006 Apr-Jun; 175(2):32-6.
37. Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: A preliminary survey. Hyphantis TN, Bai M, Siafaka V, Georgiadis AN, Voulgari PV, Mavreas V, Drosos AA. *Rheumatol Int*. 2006 Jul; 26(9):828-36. Epub 2005 Dec 9.
38. Clinician Ratings of the 5 Factor Model of Personality and The DSM IV Personality Disorders. Blaise MA. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Junio; 185 (6) 388 – 393.
39. Psychiatric comorbidity and other psychological factors in patients with "chronic Lyme disease". Hassett AL, Radvanski DC, Buyske S, Savage SV, Sigal LH. *Am J Med*. 2009 Sep;122(9):843-50

ANEXOS

Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman
(Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, ZKPQ-III)

Copyright 2000 M. Gomà-i-Freixanet et al. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.montserrat.goma@uab.cat

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo: _ M _ F Fecha:

Estudios:

INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará una lista de frases que hablan de diferentes sentimientos, pensamientos, deseos e intereses que pueden tener las personas. Deberá leer cada frase y decidir si le pasa o no lo que se expone en la frase. Debe contestar cada frase marcando la **V** (Verdadero) o la **F** (Falso) que hay al final. Para ello debe seguir los ejemplos siguientes:

Frases

1. Normalmente estoy nervioso V F

2. Me gusta ir al cine V F

La persona de este ejemplo ha señalado en la primera frase la **opción V**, eso quiere decir que la frase aplicada a ella es

VERDADERA. En la segunda frase ha señalado la **opción F** y eso indica que la frase aplicada a ella es **FALSA**.

Debe hacerlo igual, señale la **opción V** cuando su respuesta sea **VERDADERO**, señale la **opción F** cuando su respuesta sea **FALSO**,

y si no puede decidirse no marque ninguna opción.

Intente responder todas las frases y no piense demasiado en el significado exacto de cada una. No hay respuestas buenas o malas, y

por tanto cualquier opción es adecuada.

POR FAVOR, INTENTE RESPONDER TODAS LAS FRASES

- | | |
|--|-----|
| 1. Acostumbro a empezar una tarea nueva sin planificar mucho cómo la haré | V F |
| 2. No me preocupan las cosas sin importancia. | V F |
| 3. Me divierte cuando alguien que no conozco está siendo humillado/a delante de los demás | V F |
| 4. Nunca he conocido a alguien que no me haya gustado | V F |
| 5. No me gusta perder el tiempo sentado/a y relajándome | V F |
| 6. Generalmente pienso lo que voy a hacer antes de hacerlo | V F |
| 7. No tengo mucha confianza en mí mismo/a o en mis habilidades | V F |
| 8. Cuando me descontrolo digo cosas que no debería decir | V F |
| 9. En las fiestas, acostumbro a ser yo quien inicia las conversaciones | V F |
| 10. Siempre he dicho la verdad | V F |
| 11. Cuando estoy furioso digo «palabrotas» | V F |
| 12. No me importa salir solo/a y normalmente lo prefiero antes que ir con un grupo numeroso | V F |
| 13. Llevo una vida más atareada que la mayoría de la gente | V F |
| 14. Con frecuencia hago las cosas por el impulso del momento | V F |
| 15. A menudo me siento intranquilo/a sin ninguna razón aparente | V F |
| 16. Casi nunca ensucio las calles | V F |
| 17. No me importaría estar solo/a en un sitio durante unos días sin ningún contacto humano | V F |
| 18. Me gustan los trabajos complicados que requieren mucho esfuerzo y concentración | V F |
| 19. Pocas veces pierdo mucho tiempo en detalles de planificación futura | V F |
| 20. A veces me siento nervioso/a y tenso/a | V F |
| 21. Pocas veces tengo la sensación de que me gustaría pegar a alguien | V F |
| 22. Paso tanto tiempo como puedo con mis amigos/as | V F |
| 23. No tengo mucha energía para las tareas más exigentes de la vida cotidiana | V F |
| 24. Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean un poco escalofrantes | V F |
| 25. A menudo mi cuerpo está tenso sin ninguna razón aparente | V F |
| 26. Siempre gano cuando juego | V F |
| 27. Con frecuencia soy «el alma de la fiesta» | V F |
| 28. Me gustan más las tareas desafiantes que las rutinarias | V F |
| 29. Antes de empezar una tarea complicada, la planifico cuidadosamente | V F |
| 30. A menudo me siento emocionalmente alterado/a | V F |
| 31. Si alguien me ofende, intento no pensar mucho en ello | V F |

32. Nunca me he aburrido	V F
33. Me gusta estar haciendo cosas siempre	V F
34. Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente ni su itinerario ni su duración	V F
35. Tiendo a ser muy sensible y me hieren fácilmente los comentarios y acciones irreflexivas de los demás	V F
36. En muchos establecimientos comerciales no te atienden a menos que empujes y te cueles delante de los demás	V F
37. No necesito tener un gran número de conocidos	V F
38. Puedo pasármelo bien estando tumbado/a y sin hacer nada activo	V F
39. Me encanta buscar situaciones nuevas donde no pueda predecir cómo acabarán las cosas	V F
40. Nunca me pierdo, incluso en lugares desconocidos para mí	V F
41. Me asusto fácilmente	V F
42. Si la gente me molesta, no dudo en decírselo	V F
43. Acostumbro a estar incomodo/a en las fiestas multitudinarias	V F
44. No siento la necesidad de estar haciendo siempre cosas	V F
45. Me gusta hacer cosas simplemente por la emoción que aportan	V F
46. Algunas veces tengo pánico	V F
47. Cuando estoy enfadado/a con alguien no trato de ocultárselo	V F
48. En las fiestas, me gusta mezclarme con mucha gente, tanto si la conozco como si no	V F
49. Me gustaría tener un trabajo que me proporcionase el máximo de tiempo libre	V F
50. Tiendo a cambiar de intereses/gustos frecuentemente	V F
51. A menudo creo que la gente que conozco es mejor que yo	V F
52. Nunca me enfado cuando alguien se me cuele mientras estoy haciendo cola	V F
53. Acostumbro a «salir de marcha» con mis amigos/as los jueves por la tarde-noche	V F
54. Generalmente parece que tengo prisa	V F
55. A veces me gusta hacer cosas que son un poco escalofriantes	V F
56. A veces, cuando estoy alterado/a emocionalmente, siento como si las piernas me fallasen	V F
57. Generalmente no digo «palabrotas» aunque esté muy enfadado/a	V F
58. Prefiero pasar el tiempo con los amigos/as que hacer algo solo	V F
59. Cuando estoy de vacaciones, prefiero practicar deportes activos que estar tumbado sin hacer nada	V F
60. Intentaré probarlo todo al menos una vez en la vida	V F
61. A menudo me siento inseguro/a de mí mismo	V F
62. Puedo perdonar con facilidad a la gente que me ha insultado o herido mis sentimientos	V F
63. No me importaría estar socialmente aislado/a en un lugar por un período de tiempo.	V F
64. Me gusta quedar exhausto/a después de hacer un trabajo pesado o algún ejercicio duro	V F
65. Me gustaría llevar un tipo de vida en la que estuviera sin parar viajando, con mucho cambio y excitación	V F
66. Con frecuencia me preocupo por cosas que para los demás no tienen ninguna importancia	V F
67. Cuando los demás no están de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos	V F
68. Generalmente prefiero estar solo/a para poder hacer aquello que me gusta sin que nadie me distraiga	V F
69. Nunca he tenido problemas de comprensión cuando leo algo por primera vez	V F
70. A veces hago «locuras» sólo para divertirme	V F
71. Con frecuencia tengo problemas cuando tengo que elegir entre diferentes opciones	V F
72. Tengo un temperamento muy fuerte	V F
73. Nunca he perdido nada	V F
74. Me gusta estar activo/a tan pronto como me levanto por la mañana	V F
75. Me gusta explorar una ciudad o un barrio desconocido, aunque pueda perderme	V F
76. Mis músculos están tan tensos que me siento cansado/a la mayor parte del tiempo	V F
77. No puedo evitar ser un poco desagradable con la gente que no me cae bien	V F
78. Soy una persona muy sociable	V F
79. Prefiero los amigos/as que son encantadoramente impredecibles	V F
80. Con frecuencia tengo ganas de llorar sin ningún motivo aparente	V F
81. Siempre estoy a gusto, haga frío o calor	V F
82. Necesito sentir que soy parte vital de un grupo	V F
83. Me gusta estar siempre atareado/a	V F
84. Con frecuencia me dejo llevar por cosas e ideas nuevas y excitantes sin pensar en las posibles complicaciones	V F
85. No dejo que las cosas sin importancia me irriten	V F
86. Siempre tengo paciencia con los demás aunque me exasperen	V F
87. Generalmente prefiero hacer las cosas solo/a	V F
88. Puedo disfrutar haciendo actividades rutinarias que no requieran mucha concentración o esfuerzo	V F
89. Soy una persona impulsiva	V F
90. Con frecuencia me siento incómodo/a y a disgusto conmigo mismo/a sin ninguna razón aparente	V F

- | | |
|---|-----|
| 91. A menudo discuto con los demás | V F |
| 92. Probablemente paso más tiempo del que debería con los amigos/as | V F |
| 93. No me molesta que alguien se aproveche de mí | V F |
| 94. Cuando hago cosas, las hago con mucha energía | V F |
| 95. Me gustan las fiestas desenfundadas y desinhibidas | V F |
| 96. Después de comprar algo, a menudo me preocupo de si he tomado la decisión correcta o equivocada | V F |
| 97. Cuando los demás me levantan la voz, yo les replico | V F |
| 98. Tengo más amigos/as que la mayoría de la gente | V F |
| 99. A menudo los demás me aconsejan que me lo tome con más calma | V F |

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS FRASES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo:

Prevalencia de Trastornos de Personalidad en Pacientes con Artritis Reumatoide en la Consulta Externa de Reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Investigador principal: Dra. Andrea Pardo Martínez

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Se busca tener una prevalencia con respecto a los trastornos de personalidad en este CMN de pacientes que cursan con artritis reumatoide para poder tener un mejor pronóstico con respecto al apego al tratamiento y respuesta al mismo.

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos, obtener una muestra adecuada para tener una relación de cuantos pacientes podrían estar presentando además de artritis reumatoide, una comorbilidad con un trastorno de personalidad, para poder estar más en contacto entre Psiquiatría y Reumatología, para poder dar un mejor servicio médico a los pacientes.

No se han realizado estudios en este medio para poder obtener una cifra con respecto a las relaciones que hay entre artritis reumatoide y trastornos de personalidad en este CMN. Se busca obtener datos más precisos que nos ayuden a tener una mejor incidencia terapéutica.

En caso de aceptar participar en el estudio se le aplicará un cuestionario de personalidad, validado, que toma aproximadamente 30 minutos en resolver, de forma autoaplicable.

Riesgos asociados con el estudio. Ninguno

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que estos efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Investigador responsable:

Dra. Andrea Pardo Martínez. Tel: 52003519. Mail: drajti@hotmail.com

Dr. Abel Archundia García. Presidente del Comité de Ética. Teléfono 52005003, Ext. 14629

