

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**"PREVALENCIA DE DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON
ESPONDILITIS ANQUIOSANTE EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE
REUMATOLOGÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE"**

TÉSIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA:

PRESENTA:

DRA. SOFÍA ZARAGOZA RODRÍGUEZ

TUTOR TEÓRICO:

DR. FRANCISCO J. VALENCIA GRANADOS

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. MARTA G. OCHOA MADRIGAL

MÉXICO D.F. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDA NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado

CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIMEBRE”

DR. MAURICIO Di SILVIO LÓPEZ.
Subdirector de enseñanza e investigación.

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

DRA. SOFÍA ZARAGOZA RODRÍGUEZ
Autor.

COLABORADORES

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL.
Jefe de Enseñanza de Servicios Modulares
Asesor de Tesis (metodológico)

DRA. FEDRA IRAZOQUE ORTEGA
JEFE DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

DRA. ANDREA PARDO MARTÍNEZ
MÉDICO PSIQUIATRA

DEDICATORIA

A MIS PADRES , LUPITA Y JUAN JOSÉ ; MI MÁS GRANDE EJEMPLO DE TENASIDAD , ENTREGA Y AMOR, LES DEBO LO QUE SOY.

A MIS HERMANOS, YORLENIS, XIOMARA Y JUANJO POR CONFIAR EN MI, Y QUE CON AMOR ME ALENTARON A SEGUIR ADELANTE .

A TOÑO, POR SU SABIDURÍA, PACIENCIA Y COMPRENSIÓN, LO QUE LO HACE SER EL MEJOR IMPULSO PARA MI, PERO PRINCIPALMENTE POR SU GRAN AMOR.

A SOFIA, MI HIJA, MI MÁS GRANDE MOTIVACIÓN.

A DIOS, POR PERMITIRME EL DON DE LA VIDA Y GUIAR CADA UNO DE MIS PASOS.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS MAESTROS, POR COMPARTIR CONMIGO SUS EXPERIENCIAS Y CONOCIMIENTOS. POR HECER MÁS PERFECTO AQUELLO EN LO QUE CREO.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS, ANDREA, JOEL Y RAFA, INGREDIENTE FUNDAMENTAL EN ESTA ETAPA DE MI VIDA.

INDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	10
JUSTIFICACIÓN	18
PROBLEMA	19
HIPÓTESIS	19
OBJETIVOS	19
MATERIAL Y MÉTODOS	20
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	32

RESUMEN

Introducción: La personalidad es un grupo de patrones de respuesta del comportamiento, característicos de cada individuo, con mecanismos de defensa en respuesta a ciertos estresores, como puede ser la enfermedad y específicamente una enfermedad crónica, incapacitante la cual repercute en las relaciones interpersonales y en diferentes ámbitos de la vida del paciente.

Objetivo General: Identificar si alguna dimensión de personalidad tiene mayor prevalencia en los pacientes con espondilitis anquilosante en consulta externa del servicio de reumatología del C.M.N. 20 de Noviembre en el periodo comprendido entre Mayo a Julio del 2010.

Material y Métodos: 30 pacientes con espondilitis anquilosante que acudieron a consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” quienes contestaron el cuestionario de personalidad Zuckerman – Kulhman (QPZK) el cual se basa en la clasificación de personalidad de “los 5 grandes” que consta de 99 reactivos y es autoaplicable.

Resultados: Se obtuvo que el 70% de la muestra correspondiente al sexo masculino y el 30% restante al sexo femenino. La media de edad es de 45.4 años, con una desviación estándar de ± 10.4 , donde la edad máxima fue de 59 años y la mínima de 24 años. Se observa que el nivel de escolaridad en nuestros pacientes es de secundaria a posgrado y donde el 36% (11 pacientes) de los pacientes se encuentran con nivel de escolaridad licenciatura, seguido de posgrado 23% (8 pacientes). Al calificar el ZKPQ, se encontró en los datos crudos una mayor prevalencia de las escalas de Actividad 40% (12 pacientes) seguida de Neuroticismo – Ansiedad con y Actividad, con 37% (11 pacientes); al hacer la estandarización con el uso de baremos se obtiene una puntuación alta en la subescala de Sociabilidad con 7 pacientes que corresponden al 23% de la muestra. Hay una correlación con la escala de Neuroticismo-Ansiedad e Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones con las variables demográfica Grado de escolaridad, que demuestran que a mayor grado de escolaridad las puntuaciones de la escala son menores ($p = 0.0001$) y $p = 0.019$) respectivamente.

Conclusiones: La dimensión de personalidad de acuerdo al modelos de los “5 Grandes” que se observó más frecuentemente en pacientes con Espondilitis Anquilosante fue la de Sociabilidad después de hacer el ajuste de la calificación del cuestionario. Principalmente en pacientes masculinos, con escolaridad de licenciatura y entre el rango de edad de 23 a 40 años. De los 30 pacientes que participaron en el estudio, 16 tuvieron una puntuación alta, 2 en Esfuerzo por el Trabajo, 3 en Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones y 7 en Sociabilidad.

ABSTRACT.

Introducción: Personality is a group of response patterns of behavior, characteristic of each individual, with defense mechanisms in response to certain stressors, such as specific disease and a chronic, disabling disease which affects interpersonal relationships and in different areas of the patient's life.

Objectives: The aim of this study is to identify the prevalence of the principal personality dimensions, in patients with Ankylosing Spondylitis receiving treatment in the Rheumatology Department of the CMN “20 de Noviembre” - ISSSTE, between May and July, 2010.

Method and materials: 30 patients diagnosed with Ankylosing Spondylitis answered the Zuckerman an-Kuhlman personality questionnaire according to the classification of the “Big Five” model, self -applicable, (99 items).

Results: The sample consisted of males to a 70% and of females to a 30%. The age average was 45.4 with a SD of ± 10.4 , and the sample comprised patients between 24 and 59 years old. The schooling level of the sample ranged from secondary school to postgraduate courses. The majority of the sample, 36% (11 patients) had graduate studies, followed by 27% (8 patients) of the sample, who attended postgraduate studies. The raw scores obtained show a higher prevalence of Activity, (12) patients, 40% of the sample), and the standardized scores regarding Sociability, (7 patients, 23% of the sample). By correlating schooling level with the Neuroticism and Impulsivity-Search of Sensations scale, the results show that patients with a high academic level tend to obtain low scores, ($p = 0.0001$ and $p = 0.019$) respectively

Conclusions: The standardized scores show that the most frequent subscale, according to the “Big Five” model, observed in patients with Ankylosing Spondylitis was Sociability. This is mainly true for male patients, between 23 and 40 years old and with an graduate schooling level. 16 out of the 30 patients from the sample obtained a high score: 2 Work Activity subscale, 3 Impulsivity-Search of Sensations subscale, 7 Sociability scale.

INTRODUCCIÓN:

La personalidad se define como la configuración de patrones de respuesta del comportamiento, la cual es característica de cada individuo y son evidentes a lo largo de la vida, además es estable y predecible. Un trastorno de la personalidad es cuando excede los límites de variación observable en la mayoría de los individuos y cuando los rasgos de personalidad se tornan rígidos y como consecuencia produce disfuncionalidad en diferentes ámbitos de la vida del paciente.

Generalmente, estos pacientes presentan mecanismos de defensa propios de cada tipo de personalidad en respuesta a factores estresores externos, tales como maltrato, descuido o alguna enfermedad, entre otros, lo que es revelado en los antecedentes madurativos de cada persona.

Los rasgos son persistentes y se generalizan en todas y cada una de las esferas de la vida del individuo, por lo que influye, en este caso, la forma de percibir la enfermedad y sus complicaciones, y por consecuencia en el apego y evolución de su patología.

Se ha reportado una prevalencia del 6% al 9% en Trastornos de la Personalidad con afección a ambos sexos por igual.

Al ser la Espondilitis Anquilosante una patología aunque de poca prevalencia, es una enfermedad con dolor crónico, diversos grados de incapacidad, trastornos de la imagen corporal y graves repercusiones en las relaciones interpersonales, por consiguiente en el ámbito familiar, laboral y social.

Existen diferentes pruebas o test que revelan patrones y estilos de personalidad.

La clasificación dimensional que evalúa la prueba implementada en este estudio nos evalúa la personalidad como un continuum lo que nos facilita tener conocimiento del tipo de respuesta de cada paciente sin que necesariamente presente un trastorno de personalidad como tal.

Dado esto, en el siguiente estudio se busca determinar si existe alguna dimensión de personalidad que se presente con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante e investigar si existen factores demográficos que estén influyendo en esta determinación.

MARCO TEÓRICO:

PERSONALIDAD:

Al iniciar el siglo XIX la psicología de las facultades inspiró la frenología, concepto que dio origen a las tipologías de la personalidad tempranas. La “personalidad” se inició como término filosófico. Santo Tomás de Aquino le dio el significado de “condición o modo de parecer de una persona” (siendo persona una palabra griega que significa máscara). Durante la mayor parte del siglo XIX, “personalidad se empleó para referirse a los aspectos subjetivos del *self*. Una revisión de los libros del siglo XIX sobre “trastornos”, “variaciones” o “alteraciones” de la personalidad muestra que no concebían los tipos o los trastornos de personalidad en el sentido actual; en cambio, analizaban los mecanismos de la conciencia del *self* y los fenómenos relativos a la desintegración de la conciencia tales como, sonambulismo, anestesia histérica, escritura automática, alucinaciones. La psicología de las facultades y el asociacionismo posibilitaron la idea de que la mente y la conducta podían dividirse en “rasgos”. Estos “rasgos” pasaron a ser la unidad de análisis de la conducta humana, y contribuyeron a la creación de escalas de medición. Juan Huarte y La Bruyère usaron el término para designar pautas de conducta socialmente reconocibles, que sirvieron de modelo para las tipologías y en relación a las cuales se desarrolló un nuevo concepto de carácter. Galton creyó que las diferencias fundamentales e intrínsecas de carácter que existen en los individuos quedan bien ilustradas por las diferencias en los sexos, y que comienzan a firmarse en la cuna, además de origen hereditario. En la psiquiatría del siglo XIX se crearon las categorías diagnósticas y algunos nombres que dieron fueron manie sans délire, monomanía, insania moral, folie lucide, la impulsión. Es hasta en el DSM-III-R que define los “trastornos de la personalidad” como conjunto de rasgos de personalidad inflexibles e inadaptados⁽²⁰⁾.

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su cuarta edición (DSM-IV) define los trastornos de personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de las cultura del sujeto, iniciando en la adolescencia, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar y perjuicios para el sujeto⁽⁴⁾. Los trastornos de personalidad se caracterizan por una persistente inadecuación de las capacidades adaptativas afectando severamente la funcionalidad, las relaciones interpersonales y el desempeño laboral. La gente con trastornos de personalidad tienen problemas crónicos para asumir sus responsabilidades, estresores y entender las causas de su problema así como un cambio en su conducta. Las manifestaciones tempranas de los trastornos de personalidad son evidentes en la adolescencia o en la juventud temprana. En ellos son frecuentes las relaciones amorosas persecutorias. A veces tienen antecedentes de maltrato. El deterioro de los trastornos de personalidad, principalmente personalidad antisocial y límite se presenta en la tercera o cuarta década de la vida y disminuyen después. Otros trastornos de personalidad como el obsesivo compulsivo y esquizotípico es menos probable que remitan con la edad y pueden llegar a ser más problemáticos. Los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos: A, B y C.

A: Raro, excéntrico: este grupo se caracteriza por presentar una desconfianza hacia los demás, mala interpretación de las acciones de los demás, creencias raras o extrañas y una tendencia al aislamiento social. Dentro de este grupo se consideran los siguientes trastornos de personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípico.

B: Dramático, errático: se caracteriza por su labilidad, impulsividad, impredecibilidad y antipatía. Dentro de este grupo se encuentra: límite, antisocial e histriónico.

C: Ansiosos, temerosos: estos pacientes son tímidos, perfeccionistas, ansiosos, evitan los conflictos y presentan frecuentemente depresión o complicaciones somáticas.

Se estima que la prevalencia de trastornos de personalidad a lo largo de la vida en la población genera es del 10 – 13%. Trastorno de personalidad esquizotípico es el más común dentro del grupo

A; trastorno de personalidad límite es el más común del grupo B, y el trastorno de personalidad dependiente el más común del grupo C.

La prevalencia de trastornos de personalidad en la población psiquiátrica es del 30 – 60%. El trastorno límite de la personalidad es el más común en pacientes hospitalizados con una prevalencia del 20 – 30%. En pacientes psiquiátricos ambulatorios existe una prevalencia del 20 – 40%, siendo el trastorno de personalidad dependiente y límite los más reportados en ellos.

Los trastornos afectivos como depresión, ansiedad y enojo son frecuentemente encontrados en gente con trastornos de personalidad; trastorno de estrés postraumático se puede observar en pacientes con trastorno límite. Abuso de sustancias es un trastorno comorbido frecuente en pacientes del grupo B. Síntomas psicóticos transitorios se pueden encontrar en el grupo A o en el trastorno límite de la personalidad⁽¹⁾.

La prevalencia encontrada de los trastornos de personalidad de los diferentes DSM en estudios clínicos epidemiológicos en pacientes con otro trastorno psiquiátrico en el Eje I, según diversos autores han sido: en el DSM-III por Dohl y Fabrega principalmente esquizotípico, antisocial y límite; en el DSM-IV por Fossati y Ottosson narcisista, límite, histriónico y obsesivo compulsivo; en el DSM-III-R Gilo, Herpetz y Kantjarvi obsesivo compulsivo, histriónico y evitativo, así como límite e histriónico. Es estudios epidemiológicos que usaron entrevistas estandarizadas indican que en el 50% de pacientes con trastornos mentales se presentan también trastornos de la personalidad. Por lo tanto se observó un gran impacto en el pronóstico, por lo que se necesita vigilancia. El trastorno límite de la personalidad fue uno de los más frecuentemente diagnosticados, en cambio el trastorno esquizoide de la personalidad fue uno de los menos diagnosticados⁽⁸⁾.

En la CIE – 10 se encuentran dentro de F60 a F69, en donde definen como un trastorno de personalidad a modos de comportamiento que tiene relevancia clínica por sí mismos, son persistentes y expresan un estilo de vida, y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Los divide en trastornos específicos de la personalidad (F60), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61) y transformaciones persistentes de la personalidad (F62) que son formas de comportamiento duraderas y sumamente arraigadas. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios tempranos del desarrollo del individuo como resultado de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde. Con frecuencia se acompañan de tensión subjetiva y dificultades en la adaptación social⁽²¹⁾.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE:

El término proviene del griego *ankylosis* que significa fusión y espondilitis que se refiere a los discos vertebrales. Incluida dentro de las enfermedades llamadas espondiloartropatías o espondiloartritis⁽⁶⁾. La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad reumática crónica de origen desconocido que afecta la entesis y a la membrana sinovial de las articulaciones sacroiliacas, articulaciones de la columna vertebral y articulaciones de las extremidades, principalmente las inferiores. El paciente sufre dolor crónico, diversos grados de discapacidad, trastornos de la imagen corporal y graves repercusiones en las relaciones interpersonales, en su desarrollo personal y profesional y en general en su calidad de vida. Las manifestaciones clínicas e histopatológicas resultan de dos fenómenos relacionados inflamación y proliferación osteocartilaginosa. El control sostenido de la inflamación reduce el riesgo de alteraciones estructurales irreversibles.

Aspectos epidemiológicos y socioeconómicos:

La incidencia y la prevalencia de la EA en la población general dependen de la prevalencia del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27. Se estima que 0.5 a 1.0% de los portadores de dicho antígeno en cualquier población tiene la enfermedad. En la población mexicana es del 5%, por lo que se estima que la cifra de personas con EA en México se encuentra entre 4,160 – 93, 600. En general es la espondiloartropatía más frecuente, que ocupa del 40% – 50% de los casos. La EA

afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y su edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 25 y 30 años; en la población mexicana, el inicio de los síntomas se ubica entre los 15 – 25 años, con un curso agresivo y con mayor afección al tarso. La EA es una enfermedad discapacitante que provoca incapacidad temporal o permanente. Los costos médicos son muy elevados.

Etiopatogenia e histología:

Aunque no se conoce su causa, existen pruebas de la participación de factores genéticos y ambientales, así como factores propios del huésped en su patogenia.

Agregación familiar: La enfermedad se agrega frecuentemente en familias en forma tal que las posibilidades de heredarla es alrededor del 90%. La concordancia en gemelos idénticos es de hasta 63%.

Genes: La EA es una enfermedad poligénica con alta segregación en tres líneas familiares. Alrededor de 90% de los pacientes con EA son portadores de HLA –B27. El gen que codifica dicho antígeno se localiza en el brazo corto del cromosoma 6. Infecciones: La actividad inflamatoria de la EA se puede encontrar asociada infecciones bacterianas, específicamente *Chlamydia trachomatis*, *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter spp*, es marginal y quizá se reduzca 10 – 20% de los pacientes con artritis reactiva asociada a HLA – B27 que desarrolla EA a lo largo de los 20 – 30 años siguientes. Hallazgos como las respuestas linfoproliferativas en la sangre periférica y en el líquido sinovial después de la estimulación con antígenos bacterianos, presencia de anticuerpos bacterianos de diversos tipos en los mismos compartimentos y la identificación de DNA bacteriano en membrana sinovial o en células del líquido sinovial en pacientes con EA sugieren la participación de bacterias en la patogenia de la enfermedad.

Hallazgos histopatológicos: La membrana sinovial de los pacientes con EA muestra infiltración mononuclear moderada e importante proliferación vascular. Las poblaciones celulares que predominan son macrófagos y linfocitos T CD4+ y CD8+. Uno de los hallazgos histopatológicos más interesantes ha sido la identificación de ARN mensajero de TNF α y TGF β en la membrana sinovial de las articulaciones sacroilíacas y que justificó la utilización de anti – TNF en pacientes con EA. En pacientes con larga evolución se encuentra una notable proliferación osteocartilaginosa y neoformación ósea. Este fenómeno da lugar a la formación de puentes óseos y anquilosis.

Manifestaciones clínicas:

Manifestaciones musculoesqueléticas: Las manifestaciones clínicas dependen del tiempo de evolución de la enfermedad y de factores como edad, sexo, grupo étnico. Las formas de inicio más frecuentes son dolor dorsolumbar de tipo inflamatorio, dolor sacroiliaco, entesis periférica o alguna manifestación extrarticular, como uveítis. El síntoma inicial es el dolor en las regiones dorsolumbar, sacroiliaca. Este dolor ocurre con mayor frecuencia en las madrugadas o en la mañana, y se acompaña de rigidez. En ocasiones, puede ser unilateral o intermitente. La afección en las articulaciones y entesis de la columna dorsal y caja torácica produce dolor y disminución en la expansión de la caja torácica, y, consecuentemente, respiración de tipo abdominal. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son las rodillas y tobillos, seguido de la zona de tarso. Conforme avanza la enfermedad la afección de las articulaciones coxofemorales, articulaciones pequeñas de los pies y las de los miembros superiores, principalmente los hombros, aumenta progresivamente. A lo largo del tiempo tiende a ser poliarticular, bilateral y simétrica. En el caso de la entesis el síntoma más frecuente es dolor al presionar las inserciones tendinosas, y aumento de volumen. La entesis es un órgano constituido por la inserción de ligamentos y tendones, además los cartílagos sesamoideos y entésico, las bursas sinoviales, los cojinetes adiposos y la fascia muscular. La entesis crónica se acompaña de proliferación osteocartilaginosa. En algunos pacientes hay fiebre, pérdida de peso, fatiga y síntomas de afección generalizada al inicio de la enfermedad. En la población mexicana la edad de presentación se encuentra entre los 15 y 25 años. La frecuencia de artritis y entesis periférica al inicio y años subsecuentes es mayor que en caucásicos blancos. La gravedad de la enfermedad es mayor. La exploración muestra disminución en la movilidad de la

columna lumbar en todas las direcciones, dolor al presionar las regiones sacroiliacas y disminución en la expansión del tórax. Conforme evoluciona el padecimiento, se rectifica la columna lumbar, se cantúa la cifosis y disminuye la movilidad de la columna cervical. Las articulaciones y entesis periféricas, especialmente las de los miembros inferiores, se encuentran hipersensibles a la presión, al movimiento y/o inflamadas. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son las rodillas, las coxofemorales, los tobillos y los tarsos, y con menor frecuencia, las articulaciones de los pies. Las entesis afectadas con mayor frecuencia son las inserciones de la fascia plantar y el tendón de Aquiles en el calcáneo, el tarso y las localizadas en la tuberosidad anterior de la tibia y el trocánter mayor. La duración y la intensidad de la enfermedad en mujeres con EA son menores que en los hombres.

Manifestaciones extrarticulares:

En algunos episodios de enfermedad inflamatoria se presentan disminución de peso, fatiga, anemia, trombocitosis y leucocitosis. Dos terceras partes de los pacientes tienen cambios inflamatorios agudos o crónicos en la mucosa y submucosa de colon e íleon sin síntomas asociados. Alrededor del 20% de los pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa tiene EA asociada a HLA – B27. Un 15 al 30% de los pacientes sufre uveítis aguda en la cámara anterior. En algunos pacientes se ha encontrado aortitis ascendente, insuficiencia aórtica, aneurisma aórtico, trastornos de la conducción cardíaca, cardiomegalia, pericarditis, disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. Bloqueo en la unión auriculoventricular antes de la aparición de la artropatía. Restricción de la capacidad pulmonar como consecuencia de afección a las articulaciones costoesternales y costovertebrales, algunos pacientes presentan fibrosis intersticial apical con quistes parenquimatosos y, potencialmente, infecciones por hongos. Aunque es poco frecuente, algunos pacientes presentan nefropatía por IgA y nefropatía por amiloide. Los sitios de compresión cervical más frecuente son C5 – C6 y C6 - C7. La compresión de raíces lumbosacras y el síndrome de la cola de Caballo puede ocasionar trastornos intestinales y urinarios graves. Un 6 -19% de los pacientes pueden desarrollar amiloidosis y 9% litiasis renal. La osteopenia y osteoporosis son manifestaciones frecuentes de EA del esqueleto axial.

Estudios de laboratorio:

Los más importantes es la identificación de HLA – B27. La determinación de proteína C reactiva y sedimentación globular son útiles en la evaluación global de la actividad inflamatoria.

Estudios de imagen:

Se utilizan como prueba diagnóstica y como medida de desenlace. Se encuentran la radiografía simple, RM y ultrasonografía. Las radiografías simples de las articulaciones sacroiliacas se utilizan para clasificar los hallazgos para conformar o no el criterio radiográfico de EA. Las radiografías simples de otras estructuras sirven para identificar alteraciones estructurales y clasificar los hallazgos. Los estudios de RM son capaces de detectar alteraciones de tipo inflamatorio (edema óseo) y estructural (alteraciones de la superficie articular, erosiones). Dichos estudios son eficaces en la evaluación de la eficacia de los agentes biológicos. El US es un método sensitivo y relativamente específico para la identificación de trastornos inflamatorios en entesis.

Diagnóstico:

El diagnóstico de EA se establece de acuerdo con los criterios modificados de New York en los que se incluyen aspectos clínicos y radiográficos (Tabla 1)

Tabla 1. Criterios de New York modificados para la clasificación de la EA.

- Diagnóstico:
• Criterios clínicos:
Dolor en la parte baja de la espalda y rigidez por más de 3 meses que mejora con el ejercicio y no

se alivia con el reposo.
Reducción de los movimientos de la columna lumbar en los planos sagital y frontal.
Reducción de la expansión torácica con respecto a valores normales por edad y sexo.
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios radiográficos:
EA definida, si el criterio radiográfico se asocia a por lo menos un criterio clínico.
EA probable, si: <ul style="list-style-type: none"> - Hay tres criterios clínicos. - Existe el criterio radiográfico, pero no se encuentra ningún criterio clínico.

La identificación del dolor vertebral se hace mediante una serie de criterios que permite su distinción de otras causas de dolor lumbar.

Ya que el diagnóstico de EA requiere de la demostración radiográfica de sacroilitis y que dicha alteración toma alrededor de 8 años para ser confirmada, se ha diseñado una serie de estrategias para identificar a pacientes con alto riesgo de EA. Entre estas se encuentra la redefinición de parámetros que definen el dolor dorsolumbar inflamatorio.

Tratamiento:

El tratamiento se fundamenta en el uso de AINE e inhibidores de la COX – 2, sulfadiazina y agentes biológicos, específicamente anti – TNF α ; puede incluir glucocorticoides, metotrexato, bifosfonatos y talidomida. El tratamiento no farmacológico incluye educación, terapia física, rehabilitación y cirugía ⁽⁷⁾.

RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (MENTALES) Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS:

Pacientes con alguna condición médica muchas veces presentan bajo autoestima, sentimientos de desesperanza, vergüenza y minusvalía, así como también un incremento en las necesidades de dependencia. Son propensos a sufrir un regresión o al aislamiento social. Muchas condiciones médicas cambian el afecto y las personalidades de los pacientes. Por ejemplo muchas infecciones y enfermedades inflamatorias como la tuberculosis, mononucleosis y enfermedades reumáticas pueden causar síntomas psiquiátricos los cuales dan falsos diagnósticos; al igual que muchos medicamentos. De un 3% al 5% del total de las mujeres experimentan síntomas que se llegan a interpretar como Trastorno de la Personalidad (síntomas de ansiedad, depresión, labilidad afectiva, irritabilidad, problemas en las relaciones interpersonales con amigos y en el trabajo). Más comúnmente durante la adolescencia o finales de los veinte y remite con la menopausia, ya que existen cambios hormonales que se presentan durante la ovulación e inicios de la siguiente menstruación ⁽¹⁵⁾.

Se ha observado que los trastornos de ansiedad y del afecto se encuentran altamente asociados con dolor crónico, condiciones cardiovasculares, diabetes y condiciones respiratorias, más allá de las características sociodemográficas y de los factores de riesgo. Los trastornos de ansiedad y del afecto incrementan la probabilidad de un uso alto de la atención primaria ⁽²⁾.

El dolor es un síntoma que se encuentra considerablemente presente en los trastornos reumatológicos. El dolor reumático es el síndrome más prevalente del síndrome doloroso y es experimentado por casi todas las personas a largo de su vida. El dolor se percibe como una gran carga de sufrimiento que afecta la calidad del sueño, afecto y la energía ⁽³⁾. El dolor es una experiencia multidimensional, influenciado por factores psicológicos y sociales. Por lo que es importante aplicar valoraciones psicosociales en pacientes que presentan dolor secundario a enfermedades reumáticas ⁽¹⁷⁾. Por lo que se considera que la psicología tiene un papel importante ya que contribuye a la prevención y manejo de las enfermedades crónicas ⁽¹⁸⁾.

Estudios han demostrado que los pacientes con artritis tiene un alto rango de trastornos afectivos (20-40%).

El dolor crónico musculoesquelético es extremadamente común en todo el mundo, causando disfunción física, ansiedad, depresión, aislamiento social y cambios de personalidad que resultan en un decremento de la calidad de vida. La respuesta individual al dolor crónico es variable y a veces es influida por factores psicológicos. Ejemplos de dolor crónico incluyen artritis reumatoide, osteoartritis, enfermedad degenerativa articular y vertebral, fracturas secundarias a osteoporosis, gota y espondilitis anquilosante. El dolor crónico puede causar a lo largo del tiempo deterioro en la función física, en la salud mental y en la personalidad. El dolor crónico puede ser complicado por estrés emocional o/y trastornos psiquiátricos. Ocasionalmente el dolor es persistente o recurrente aún después de que la causa haya sido tratada a la cual se le ha denominado dolor psicofisiológico. Se ha observado una buena respuesta usando opioides, quienes los usan deberían de ser conscientes del riesgo potencial de abuso y monitorizar la probable dependencia a los narcóticos que pueda desarrollar el paciente. Antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptura de serotonina-norepinefrina y drogas antiepilépticos son usadas en pacientes con dolor crónico, incluyendo dolor crónico de espalda⁽⁵⁾.

El dolor es el síntoma somático más común en los pacientes, tanto en los pacientes ambulatorios como en los pacientes que presentan enfermedades generales, siendo más del 40%^(9, 10), siendo el dolor persistente el síntoma más común en el mundo⁽¹⁰⁾. Los fármacos utilizados contra el dolor son los segundos más prescritos en la población ambulatoria, siendo más del 12%. El dolor es la razón más común de inestabilidad laboral⁽¹⁰⁾. La depresión es el trastorno psiquiátrico más común del 10 – 15% de todos los pacientes en atención primaria⁽⁹⁾. El dolor es más prevalente en pacientes con trastornos psiquiátricos, principalmente del humor entre 30 – 60%⁽¹⁰⁾. Ambas condiciones son tratadas inadecuadamente, lo que resulta en una inestabilidad, reduce la calidad de vida del paciente e incrementa el costo de la utilización de los medios de salud. Ambas coexisten y pueden influir en la respuesta de una y otra⁽⁹⁾. El dolor es un fuerte predictor en la persistencia de la depresión y viceversa⁽¹⁰⁾.

Los trastornos musculoesqueléticos conforman dos tercios de la población con dolor⁽¹⁰⁾. Además de la depresión la ansiedad también ha sido frecuentemente comórbida con los síntomas somáticos funcionales y trastornos médicos comunes que incrementan los síntomas somáticos⁽¹¹⁾. Se ha observado que los trastornos de ansiedad y depresión reportan números significativamente altos de síntomas físicos inexplicables⁽¹²⁾.

Dos estudios realizados en población en atención primaria donde incluyeron a 1500 pacientes demostraron una fuerte relación entre el número de síntomas somáticos y un incremento de los síntomas de depresión o ansiedad comórbidos en un 4 -7% hasta un 78 a 81%. Dentro de estos pacientes refieren tres especialidades clínicas principalmente (gastroenterología, reumatología y neurología), la depresión se presentó en un tercio de los pacientes de cada especialidad. Por otro lado los factores psicológicos tienen un rol en la severidad, exacerbación y mantenimiento del dolor⁽¹¹⁾.

Las enfermedades reumáticas son dolorosas e incapacitantes y tienden a ser crónicas. Dentro de ellas, la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, fibromialgia y artritis psoriásica tienen una alta prevalencia, alrededor del 1% al 2% de la población afectada. Varios factores han sido involucrados en su inicio pero poco estudiados, uno de ellos es el campo del estrés y personalidad⁽¹⁵⁾.

En un estudio se realizó una detallada evaluación de las medidas psicosociales usadas para caracterizar el dolor agudo en espalda baja en pacientes que desarrollan dolor crónico y subsecuentemente discapacidad; se evaluó una corte de 324 pacientes donde se le aplicaron a todos los pacientes una batería de pruebas psicológicas, además de una entrevista estructurada

telefónicamente 6 meses después de haber regresado a su trabajo en comparación de aquellos que no lo hicieron debido a la discapacidad. Revelaron la importancia de tres medidas: el dolor, la discapacidad y la presencia de un trastorno de personalidad. Esto demostró a presencia de inestabilidad psicosocial que están asociados con el regreso al trabajo los cuales desarrollan problemas crónicos de discapacidad ⁽¹⁶⁾. Existen estudios que se han enfocado en estudiar la personalidad tipo D (afectividad negativa más inhibición social) principalmente en pacientes cardiopatas, donde se ha visto una prevalencia entre 27% a 31%, comparado con una prevalencia entre 13% al 24% en población general. La personalidad tipo D puede estar relacionada con mecanismos biológicos de la enfermedad, como un activación inmunológica o la disrupción de la actividad del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal. Los mecanismos conductuales de la enfermedad, como un estilo de vida no saludable y resistencia hacia las consultas médicas pueden estar directamente ligados a los resultados clínicos negativos. Existen estudios en los que se asume que la personalidad tipo D no sólo aumenta los factores de vulnerabilidad en los pacientes con enfermedad cardiovascular, pero quizá también afecta negativamente el curso clínico de otras condiciones médicas. En un artículo de revisión se observo que en la mayoría de los estudios existe una correlación de la personalidad tipo D y resultados negativos o severos; en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve, síndrome de apnea obstructiva del sueño, pacientes con tinftus, en estos últimos existen estudios que evidencian la mayor prevalencia de síndromes ansiosos y depresivos, así como una pobre calidad de vida si además tienen personalidad tipo D; lo mismo sucede en pacientes diabéticos. En un estudio híbrido realizado con 79 pacientes con trastorno craneoencefálico leve y con afecciones cognitivas reportan un alto índice de inhibición social (12.3 vs. 7.6; $p < 0.001$) y similar afecto negativo (0.0 vs. 8.0; $p=0.153$). Finalmente un estudio en pacientes con melanoma se observa que los que tienen personalidad tipo D reportan empeoramiento y un alto impacto del cáncer en su vida, como mayor influencia del sol en su piel. En conclusión el tipo D de personalidad es un factor de vulnerabilidad para muchas condiciones médicas. Es asociada con condiciones físicas pobres y una pobre evolución de la enfermedad ⁽¹³⁾.

Pacientes con Espondilitis Anquilosante tienen un incremento en la incidencia de muerte por accidentes y violencia. Un estudio realizado en Finlandia con 71 pacientes, en donde 16 pacientes murieron por accidentes y violencia. Nueve de las muertes, de los cuales tres accidentes, dos suicidios y 4 intoxicaciones por alcohol. Un incontrolado uso de alcohol es un importante determinante. El incontrolable uso de alcohol es un importante determinante en el exceso de muertes por accidentes y violencia en pacientes Finlandeses con Espondilitis Anquilosante. Posibles factores severos se consideran para la explicación de la relación de las muertes por accidentes y violencia y alcoholismo observados en pacientes con Espondilitis Anquilosante. Por ejemplo el alcohol o estilos de vida asociados con el alcoholismo, como sería el tabaquismo puede agravar los síntomas de Espondilitis Anquilosante, por otro lado el dolor propio de la enfermedad puede causar problemas emocionales. Los pacientes con Espondilitis Anquilosante son propensos a beber incontrolablemente, quizá con una base genética ⁽¹⁴⁾. Se realizo un estudio en pacientes alemanes con Espondilitis Anquilosante; donde se administró a 22 sujetos con esta enfermedad un programa de terapia cognitivo conductual para control del dolor comparado con 17 controles. El programa consistía en relajación progresiva muscular, restructuración cognitiva, técnicas relacionadas a la atención y actividades placenteras encaminadas al mejoramiento de estrategias de autocontrol. Fueron evaluados 6 meses después de tratamiento. Se demostró el beneficio del tratamiento de los síntomas durante los ataques de dolor, reducción de intensidad de dolor, ansiedad y síntomas psicofisiológicos se mantuvieron por 12 meses, además de una estabilización emocional y sentimientos de bienestar ⁽¹⁹⁾.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD ZUKCERMAN – KULMAN:

Se utiliza desde 1985 de acuerdo a Costa y McCrae un modelo de personalidad de los 5 grandes. Este modelo se basa en 5 términos a saber: neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, amabilidad y conciencia. Estas cinco dimensiones básicas se articulan entorna a 30 facetas, 6 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 biológicamente que las sustente. De acuerdo a éste modelo de los 5 Grandes, se crea la prueba de personalidad de Zuckerman – Kulhman, tomando como punto de partida que el modelo se basa en modelos que los rasgos básicos de personalidad deben ser rasgos que posean una base de consistente en términos biológicos – evolutivos. Toma como punto de partida la escala de Eysenck y sus *Grandes tres*, incorporando medidas diversas de otras pruebas como la EASY (emotional activity sociability impulsivity) el Karolinska Scales of Personality, la Sensation Seeking Scale y Strelau Temperament Inventory⁽²²⁾.

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⁽²³⁾.

Los rasgos básicos de personalidad recogidos en el modelo, y por tanto que comprende el ZKPQ, 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.

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.

Impulsividad – Búsqueda de Sensaciones (ImpSS): evalúa una pobre capacidad para planear y la tendencia a actuar impulsivamente sin pensar en las consecuencias y búsqueda activa de experiencias nuevas que supongan excitación y riesgo.

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^(24,25).

En cuanto a la fiabilidad se define como la magnitud de los errores de los que está dotado la prueba con el objetivo de acotara 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 a un mismo sujeto puntúe de forma similar pero no igual.

Fiabilidad Interna o consistencia interna: observando si los ítems constitutivos de una misma dimensión de personalidad presentasen elevadas correlaciones entre sí. El valor va de 0 a 1, llamado coeficiente alfa, dependiendo tanto de la cantidad de reactivos analizados como de las varianzas que

éstos generan cuando son administrados a una determinada muestra. 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 ⁽²⁵⁾.

El concepto de validez se refiere a estar midiendo lo que en realidad se está midiendo. Se torna complejo en cuanto a 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 ⁽²⁴⁾. El ZKPQ obtiene índices de congruencia que van desde 0.84 a 0.96, lo que es un indicativo de similitud factorial, teniendo una adecuada reproductividad entre poblaciones y culturas diferentes, lo que valida al instrumento para ser usado. De acuerdo a un modelo multivariante constituido por las dimensiones de personalidad, se supone una Sensibilidad del 87.8%, una especificidad del 87.8%, con valores predictivos negativo y positivo por arriba del 80% ⁽²⁵⁾.

Escala o Índice (baremos): busca relativizar los resultados que se obtienen en ZKPQ para darle un significado. Hay que tomar en cuenta que lo 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. Esto supone que, aunque puede comparar el perfil de personalidad de un individuo en un contexto clínico respecto a 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 instrumento criterial o desde una perspectiva clínica clásica ⁽²⁶⁾.

En un estudio se hizo la correlación entre el modelo de los “5 factores de la personalidad” y las categorías de personalidad que expone el DSM IV; 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 apartados de Neuroticismo, Agradabilidad y Sociabilidad.

El apartado de Neuroticismo se ve asociado al trastorno limítrofe, de evitación y por dependencia, cuando el apartado de sociabilidad muestra resultados bajos se asocia con los trastornos de personalidad del grupo A, como son, paranoide, esquizoide, esquizotípico y, además, con el de evitación. Cuando el apartado de Sociabilidad, muestra resultados positivos se ve asociado con el trastorno narcisista e histriónico de la personalidad y por el contrario, si es bajo se asocia con trastorno 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 ⁽²⁷⁾.

JUSTIFICACIÓN:

Dado que el C.M.N. 20 de Noviembre es un Hospital General que cuenta con un servicio de Consulta Externa donde se atienden pacientes ambulatorios de todas las especialidades y subespecialidades médicas en los cuales se observa que existen comorbilidades con padecimientos psiquiátricos en un gran número de ellos y que la evolución de una patología influye en la evolución de otra.

La Espondilitis Anquilosante es un padecimiento raro, ya que entre 0.5 al 1.0% de los pacientes portadores del antígeno HLA-B27 tienen la enfermedad. Se estima que en México la cifra de personas con Espondilitis Anquilosante se encuentra entre 4,160 – 93,600. Además que es una enfermedad discapacitante que provoca incapacidad temporal o permanente.

No existen estudios reportados dentro del C.M.N. 20 de Noviembre sobre la prevalencia de dimensiones de personalidad en los pacientes con Espondilitis Anquilosante del servicio de reumatología en la consulta externa.

Así como tampoco existen datos de la prevalencia de dimensiones de personalidad en pacientes con Espondilitis Anquilosante dentro de la literatura universal.

Será una base para el origen de otros muchos estudios de investigación.

Al saber si existe algún padecimiento psiquiátrico, tal como una dimensión de personalidad que se presente con mayor frecuencia en pacientes con Espondilitis Anquilosante podremos prevenir la comorbilidad psiquiátrica y por lo tanto mejorar la evolución de ambos padecimientos tanto la patología reumatológica como la mental y obtener mayor apego a su tratamiento. Todo lo anterior produciría un menor costo para los servicios de salud.

Además es importante conocer los aspectos psicológicos sobre todo los de personalidad que se puedan observar con mayor frecuencia en pacientes con Espondilitis Anquilosante.

PROBLEMA:

De acuerdo a la literatura revisada, se encuentran con datos suficientes que correlacionan la presencia de trastornos afectivos y ansiedad en pacientes que presentan Espondilitis Anquilosante, siendo esta un enfermedad incapacitante, crónica y que por lo mismo afecta la imagen corporal así como diversos aspectos de la vida diaria de los pacientes que la padecen, sin embargo, la información que relacione los rasgos de personalidad con dicha enfermedad son escasos, por lo que consideramos importante investigar si existe alguna Dimensión de Personalidad, de acuerdo al sistema de los "5 Grandes" que predomine en los pacientes con Espondilitis Anquilosante y si existe alguna relación 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.

HIPOTESIS:

Hipótesis verdadera: Existe diferencias significativas en pacientes con Espondilitis Anquilosante que expliquen una mayor prevalencia de alguna dimensión de personalidad.

Hipótesis nula: No existe alguna dimensión de personalidad en pacientes con Espondilitis Anquilosante que presente una mayor prevalencia.

Hipótesis alterna: No existen diferencias significativas en pacientes con Espondilitis Anquilosante.

OBJETIVOS:

General: Identificar si alguna dimensión de personalidad tiene mayor prevalencia en los pacientes con Espondilitis Anquilosante en consulta externa del departamento de reumatología del C.M.N. 20 de Noviembre en el periodo comprendido entre Mayo a Julio del 2010.

Específicos:

- Determinar el número de casos de pacientes con dimensiones de personalidad predominante en la consulta externa de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
- Correlacionar los factores demográficos con los dominios de personalidad que se presenten con mayor frecuencia en los pacientes con Espondilitis Anquilosante en la consulta externa de reumatología del CMN “20 de Noviembre”.
- Identificar los factores demográficos (edad, género y escolaridad).asociados con la dimensión de mayor prevalencia.
- Investigar si en dicha relación los factores demográficos impactan en la dimensión de personalidad o viceversa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: Es un estudio de tipo observacional, sólo se presencia fenómenos, sin modificar intencionalmente las variables.

Transversal: los datos que se recolectan, se hace en un tiempo dado y en una población específica.

Descriptivo: se describen los fenómenos observados; no existe comparación.

Población:

- Pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante que acuden a la consulta externa del servicio de reumatología en C.M.N. 20 de Noviembre.
- Ambos sexos.
- Con edades de 18 a 60 años.

Tamaño de la muestra: se realiza un muestreo por conveniencia, consecutivo, obteniendo un total de 34 pacientes, de los cuales aceptan participar en el estudio en su totalidad, 3 no respondieron completamente el cuestionario, 1 no regresó el cuestionario al retirarse del servicio y ningún paciente obtuvo una calificación ≥ 5 en el apartado de inconsistencia.

Realizándose de esta forma con la intención de obtener el mayor número posible de pacientes para poder obtener una cifra más fidedigna de las dimensiones de personalidad aquí estudiadas; y por lo consiguiente mejorar la validez del estudio.

Con dicha muestra se obtiene un poder (Z_{β}) del 0.96

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes del ISSSTE.
- Pacientes de consulta externa del servicio de reumatología del C.M.N. 20 de Noviembre.

- Pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante.
- Pacientes que tengan 18 años cumplidos y hasta 60 años.
- Pacientes que acepten contestar el cuestionario de trastornos de la personalidad.
- Pacientes ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no hayan contestado el cuestionario de trastorno de la personalidad en su totalidad.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes con alteraciones cognitivas

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no hayan terminado el cuestionario de trastorno de personalidad.
- Pacientes que no hayan regresado el cuestionario una vez contestado.
- Pacientes que hayan tenido una puntuación ≥ 5 en el apartado de inconsistencia.

Variables:

Personalidad: Variable dependiente

Espondilitis Anquilosante: variable independiente

Procedimiento. Descripción general del estudio:

De acuerdo a los objetivos planeados, se aplicará a pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante que acudan a la consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” el Cuestionario de Personalidad Zuckerman – Kulhman
Se recabaron datos demográficos: edad, sexo y nivel de escolaridad.

El cuestionario fue aplicado durante el turno matutino, en donde acude el mayor número de pacientes con Espondilitis Anquilosante los cuales fueron reclutados en la sala de espera, mientras esperaban su turno de entrar a consulta o después de haber recibido la atención médica, con un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos al contestar la prueba implementada y en una sola aplicación.

El cuestionario se califica de acuerdo a las claves de corrección de el cuestionario de personalidad, se especifica el puntaje global de las escalas y una vez calificadas las pruebas, se hace la estandarización de las mismas, para obtener un puntaje, que denominamos valor “Z”, a través de la fórmula:

$$Z = \frac{X - \mu}{\sigma}$$

Cuando se cuenta con todos los datos, vaciaron en el programa Excel, obteniendo 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. Graficas 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 Cruncher 2000

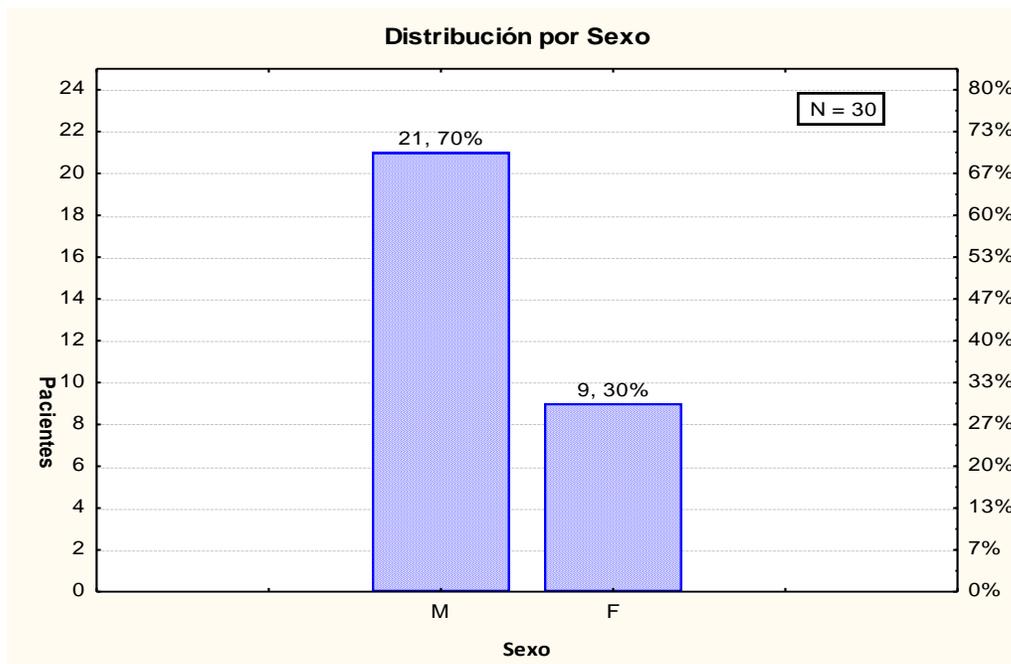
Una vez recolectada la información, se procedió al vaciado de los datos en el programa Excel, obteniendo una tabla de información bien organizada y verificada.

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

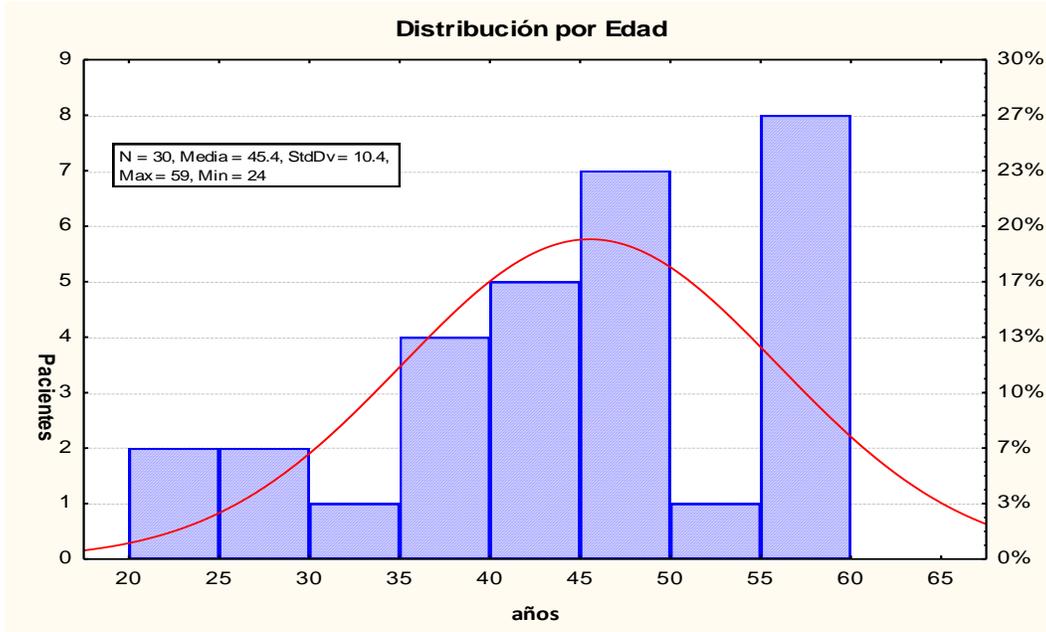
Aspectos éticos: Sin riesgos para los pacientes.

RESULTADOS

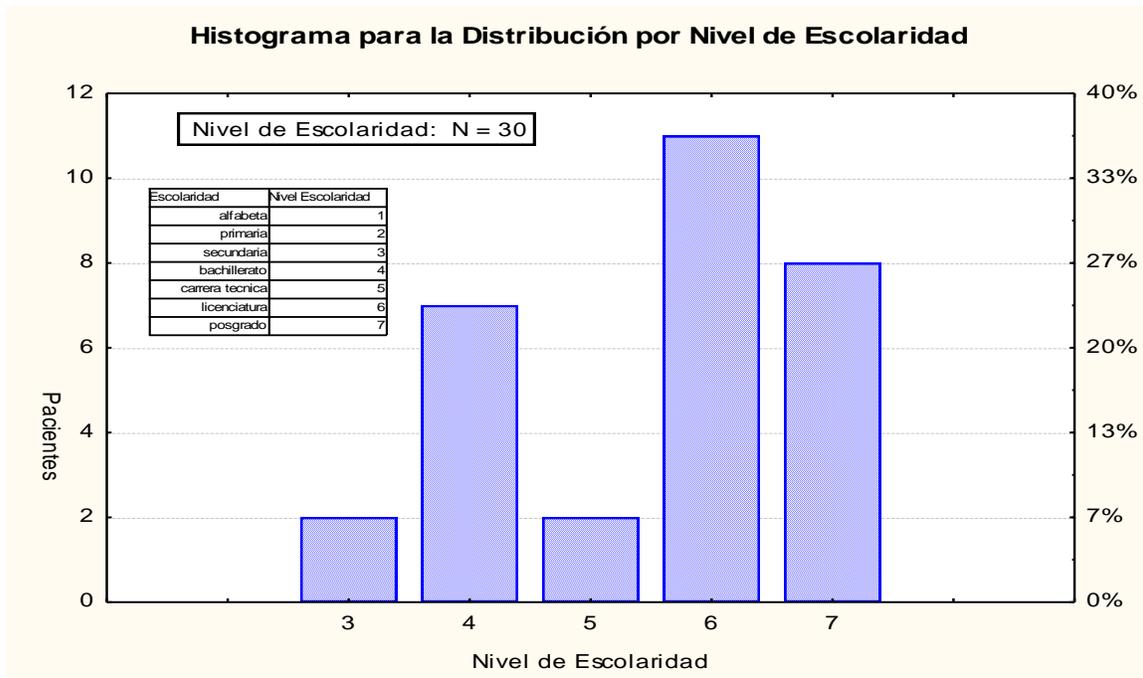
Se obtuvo que el 70% de la muestra correspondiente al sexo masculino y el 30% restante al sexo femenino. La media de edad es de 45.4 años, con una desviación estándar de ± 10.4 , donde la edad máxima fue de 59 años y la mínima de 24 años. Se observa que el nivel de escolaridad en nuestros pacientes es de secundaria a posgrado y donde el 36% (11 pacientes) de los pacientes se encuentran con nivel de escolaridad licenciatura, seguido de posgrado 23% (8 pacientes). Al calificar el ZKPQ, se encontró en los datos crudos una mayor prevalencia de las escalas de Actividad 40% (12 pacientes) seguida de Neuroticismo – Ansiedad con y Actividad, con 37% (11 pacientes); al hacer la estandarización con el uso de baremos se obtiene una puntuación alta en la subescala de Sociabilidad con 7 pacientes que corresponden al 23% de la muestra. Hay una correlación con la escala de Neuroticismo-Ansiedad e Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones con las variables demográfica Grado de escolaridad, que demuestran que a mayor grado de escolaridad las puntuaciones de la escala son menores ($p = 0.0001$) y $p = 0.019$ respectivamente.



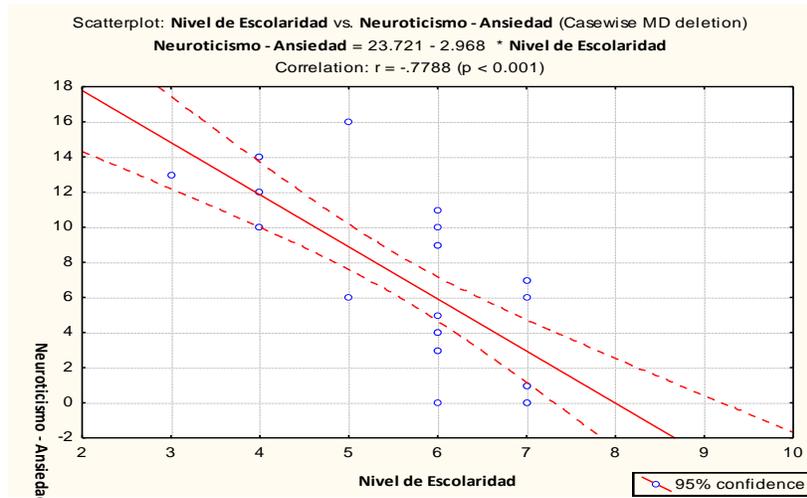
Gráfica 1. Distribución de las Dimensiones globales de Personalidad según el género de manera global.



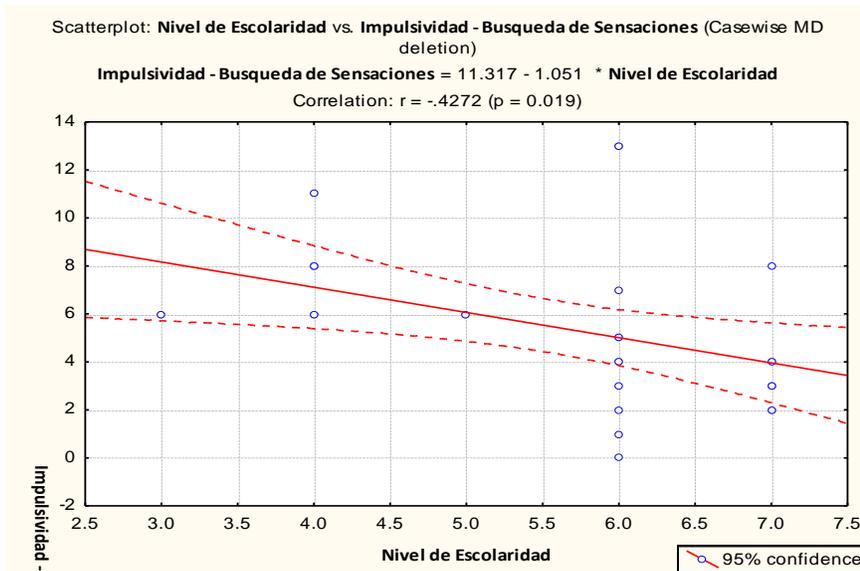
Gráfica 2. Distribución de las Dimensiones de Personalidad de manera global según la edad.



Gráfica 3. Distribución de las Dimensiones de Personalidad según el Nivel de Escolaridad de manera global.

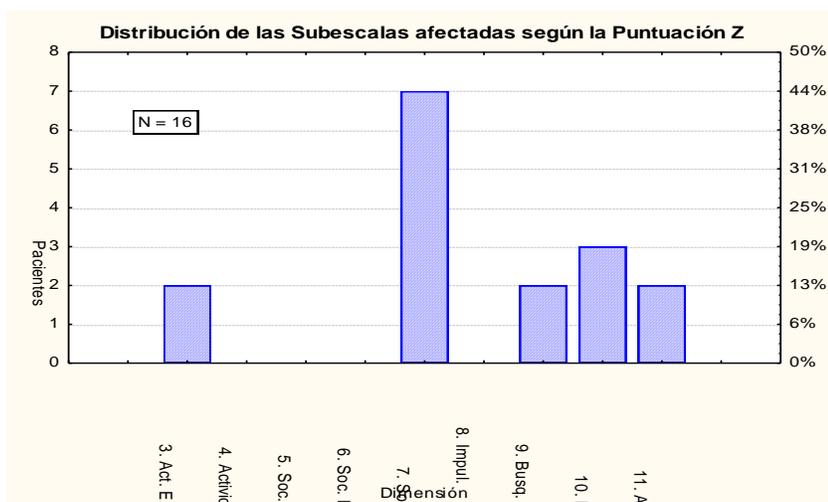


Gráfica 4. Correlación entre subescala Neuroticismo-Ansiedad y Nivel de escolaridad.



Correlations (Datos Dimensión Espondilitis 1)					
Marked correlations are significant at $p < .05000$					
N=30 (Casewise deletion of missing data)					
Variable	Neuroticismo - Ansiedad	Actividad	Sociabilidad	Impulsividad - Busqueda de Sensaciones	Agresión - Hostilidad
Edad	.3627 $p = .049$.0707 $p = .710$	-.2814 $p = .132$	-.0341 $p = .858$	-.1573 $p = .407$
Nivel de Escolaridad	-.7788 $p = .000$.0964 $p = .612$.3539 $p = .055$	-.4272 $p = .019$	-.1807 $p = .339$

Gráfica 5. Correlación entre la subescala de Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones y Nivel de escolaridad, con su significancia estadística respectiva.



Gráfica 6. Distribución de las Dimensiones de Personalidad afectadas según datos estandarizados.

Dimensión	≤40 años masculino	41 años a 50 años masculino	>50 años masculino	≤40 años femenino	41 años a 50 años femenino	>50 años femenino	Total
Act y Esf por Trab	1	0	0	0	1	0	2
Sociabilidad	7	0	0	0	0	0	7
Busq. Sens.	2	0	0	0	0	0	2
Imp + Busq Sens	3	0	0	0	0	0	3
Agr + Host	2	0	0	0	0	0	2
Total	15	0	0	0	1	0	16

Statistics: Dimensión (11) x Z Pos_Neg (3) (Datos Dimensión Espondilitis ZBis)			
Statistic	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	57.27797	df=20	p=.00002
ML Chi-square	44.54066	df=20	p=.00128

Tabla 1. Distribución de las subescalas afectadas según grupo de edad y sexo en valores estandarizados (z).

DISCUSIÓN:

Se encontró que en nuestra muestra de pacientes con Espondilitis Anquilosante el 70% (21 pacientes) fueron hombres y 30% (9 pacientes) mujeres, lo que concuerda con una incidencia anual ajustada por sexo de 2.4 a 11.7 en hombres comparado con 0.5 a 8.2 en mujeres reportado en la literatura⁽⁷⁾. (Gráfica 1).

La media de edad es de 45.4 años, con una desviación estándar de 10.4. Las edades oscilan entre 24 años a 59 años, encontrándose un mayor número de pacientes entre los 55 años a 59 años (27%), seguidos de 45 años a 50 años (23%), contrario a lo que la literatura se refiere en relación a la edad de presentación, 25 años a 30 años.⁽⁷⁾ (Gráfica 2). Sin embargo esta discordancia nos podría orientar a pensar que dado a que el CMN “20 de Noviembre” es un tercer nivel los pacientes acuden por primera vez años después de haber estado en tratamiento en sus clínicas que les corresponde y por lo mismo de haber iniciado su enfermedad, esto se deba quizá a un diagnóstico tardío o es hasta que presentan alguna complicación que son enviados a un tercer nivel.

Al analizar los datos globales o crudos, es decir antes de ser estandarizados se obtuvo en este estudio que el 40% (12 pacientes) presentaron puntaje alto en la escala de Actividad; de estos, 10 pacientes (83%) presentaron puntaje alto en la subescala de Actividad General y 2 pacientes (17%) en la subescala de Esfuerzo por el Trabajo; 37% (11 pacientes) en Neuroticismo-Ansiedad y 13% (4 pacientes) Sociabilidad.

El nivel de escolaridad en nuestros pacientes es de secundaria a posgrado, donde el 36.6% (11 pacientes) se encuentran con nivel de escolaridad licenciatura, seguido de posgrado con un 27% de la muestra (8 pacientes) y posteriormente 13% (4 pacientes) en bachillerato. (Gráfica 3). Esto puede ser explicado porque la población de pacientes del CMN “20 de Noviembre” en su mayoría tiene una escolaridad por arriba de bachillerato.

Llama la atención que existe una relación inversamente proporcional cuando se correlaciona nivel de escolaridad con la escala de Neuroticismo-Ansiedad, es decir mayor grado de escolaridad menor puntaje en la escala de Neuroticismo-Ansiedad ($p=0.0001$), (Gráfica 4); la misma relación se observa cuando se correlaciona con la escala de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones; en tanto más aumenta el grado de escolaridad disminuye el puntaje obtenido en esta escala ($p=0.019$), (Gráfica 5).

Como se planteó anteriormente la prueba utilizada en este estudio (ZKPQ) busca relativizar los resultados que se obtienen para darle un significado; por lo que se estandarizan los puntajes obtenidos al responder el cuestionario y analizar aquellos pacientes con resultados fuera de lo normal, es decir con dos desviaciones estándar. Del total de la muestra 16 pacientes obtuvieron resultados anormales, donde 7 de estos tuvieron puntuaciones anormales en la escala de Sociabilidad, con resultados negativos, es decir <2 desviaciones estándar, esto se asocia con los trastornos de personalidad del grupo A, que son paranoide, esquizoide, esquizotípico y, además, con el de evitación⁽²⁷⁾; 3 en la escala de Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones, también con valores negativos y 1 con valores positivos en la subescala de Esfuerzo por el Trabajo que forma parte de la escala de Actividad, 2 en la subescala de Búsqueda de Sensaciones, con valores negativos que forma parte de la escala de Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones, y 3 con resultados positivos en la escala de Agresividad-Hostilidad, excluyendo el azar en estos resultados ($p=0.0002$) (Gráfica

6). Por lo anterior se considera que estos pacientes tienen alta probabilidad de presentar algún Trastorno de Personalidad debido a que las puntuaciones máximas se obtuvieron en Neutoticismo y Sociabilidad⁽²⁷⁾.

Esto concuerda con lo redactado según la literatura donde se estima que el Trastorno de personalidad esquizotípico es el más común dentro del grupo A; trastorno de personalidad limítrofe es el más común del grupo B, y el trastorno de personalidad dependiente el más común del grupo C. La prevalencia de trastornos de personalidad en la población psiquiátrica es del 30 – 60%. El trastorno limítrofe de la personalidad es el más común en pacientes hospitalizados con una prevalencia del 20 – 30%. En pacientes psiquiátricos ambulatorios existe una prevalencia del 20 – 40%., siendo el trastorno de personalidad dependiente y limítrofe los más reportados en ellos.⁽¹⁾

Se obtiene una distribución de resultados anormales en 15 pacientes masculinos y uno femenino. Las frecuencias observadas en el sexo masculino fueron principalmente en sociabilidad (7 pacientes), seguidos de impulsividad (3 pacientes), búsqueda de sensaciones y agresividad-hostilidad (2 pacientes), con significancia estadística ($p=0.0007$). El valor anormal obtenido en el sexo femenino (1 paciente) fue en la subescala de Esfuerzo por el Trabajo, pero sin significancia estadística. Esto es razonable debido a que la patología reumática se presenta principalmente en pacientes masculinos (Tabla 1).

Llama la atención que la mayoría de los resultados anormales se encuentran dentro del grupo de edad de 23 años a 40 años, lo que corresponde a 15 pacientes, de los cuales 1 presentó resultados anormales en la subescala de Esfuerzo por el Trabajo, 7 pacientes con resultados anormales en la subescala de Sociabilidad, 2 en la escala de Búsqueda de Sensaciones, 3 en la subescala de Impulsividad-Búsqueda de sensaciones y 2 con valores anormales en Agresividad-Hostilidad ($p=0.0002$). El paciente restante que también presentó resultados anormales se encuentra en el rango de edad de 41 a 50 años, pero no podemos descartar la posibilidad que el azar esté implicado en estos resultados.

CONCLUSIONES

A las conclusiones que se llegaron al hacer este estudio fue que nuestra muestra de pacientes con Espondilitis Anquilosante el 70% fueron hombres y 30% mujeres, lo que concuerda con una incidencia anual ajustada por sexo reportado en la literatura ⁽⁷⁾.

La media de edad fue de 45.4 años, oscilando entre 24 años a 59 años, contrario a lo que la literatura se refiere en relación a la edad de presentación. ⁽⁷⁾ Esta discordancia nos podría orientar a pensar que los pacientes acuden por primera vez años después de haber estado en tratamiento en sus clínicas que les corresponde y haber iniciado su enfermedad, esto se deba quizá a un diagnóstico tardío o es hasta que presentan alguna complicación que son enviados a un tercer nivel.

La mayoría de nuestros pacientes tuvieron un nivel de escolaridad de licenciatura, seguido de posgrado, explicado quizá porque la mayoría de la población del CMN “20 de Noviembre” tiene una escolaridad por arriba de bachillerato. Además se observa que entre mayor es el nivel de escolaridad, menor es la puntuación obtenida en la escala de Agresividad-Hostilidad.

Se obtienen 16 pacientes con resultados anormales, donde llama la atención que la mayoría se encuentran dentro del grupo de edad de 23 años a 40 años, de estos 1 paciente presentó resultados anormales en la subescala de Esfuerzo por el Trabajo, siendo el único paciente femenino que obtuvo resultados anormales, 7 pacientes con resultados anormales en la subescala de Sociabilidad, haciendo 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, 2 en la escala de Búsqueda de Sensaciones, 3 en la subescala de Impulsividad-Búsqueda de sensaciones quienes evalúan con una pobre capacidad para planear y la tendencia a actuar impulsivamente sin pensar en las consecuencias y búsqueda activa de experiencias nuevas que supongan excitación y riesgo y 3 con valores anormales en Agresividad-Hostilidad quienes hacen referencia a la predisposición de expresar agresividad verbal, rudeza, grosería, desconsideración a los demás, conducta antisocial y deseo de venganza, malicia.

Más de la mitad de nuestros pacientes presentan resultados anormales en la escala de Sociabilidad, (con puntuación negativa), se asocia con los del grupo A, que son paranoide, esquizoide, esquizotípico y, además, con el de evitación. Principalmente en pacientes jóvenes que probablemente guardará alguna relación con la edad de inicio de la enfermedad, la cual es vivida como una pérdida.

Si existe una Dimensión de Personalidad que se presenta predominantemente en pacientes con Espondilitis Anquilosante y es Sociabilidad, si nos basamos en la literatura podremos decir que estos pacientes tienen una gran probabilidad de presentará algún Trastorno de la Personalidad. No tenemos los datos suficientes para concluir que la Espondilitis Anquilosante, dado que es una enfermedad que se presenta con dolor crónico, con gran nivel de incapacidad en diferentes áreas de

la vida diaria del paciente, así como afección en relaciones interpersonales, también en diferentes ámbitos.

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 Espondilitis Anquilosante, así como detección oportuna de comorbilidades que podrían entorpecer la evolución de la enfermedad reumática.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Psychiatric Secrets 2nd. Ed. James L. Jacobson, Alan M. Jacobson. 2001. Section five.
- 2.- Chronic physical conditions and use of health services among persons with mental disorder: results from de Israel National Health Survey.
- Levinson D – Gen Hosp Psychiatry – 01-May- 2008; 30(3): 226-32
3. - New concepts in rheumatic pain.
- Fitzcharles MA- Rheum Dis Clin North Am- 01-May-2008; 34(2): 267-83
- 4.- Spanish version of the Personality Diagnostic Questionnaire- 4+
- N. Calvo Piñeiro, X Caseras Vives. Actas Esp Psiquitr 2002; 30(1):7-13.
5. - KELLEY' Texbook of Rheumatology. 8th Ed. Gary S.Firestein. 2008. Part 8; chapter 60.
- 7.- Espondilitis Anquilosante y otras artropatías. Javier Orozco, Francisco Ramos, Rubén Burgos. 2009. México, Capítulo 2; pág 17 – 25, Capítulo 7; pag 95 – 106.
8. - The frequency of personality disorders in psychiatric patients M. Zimmerman, I. Chelminski, D. Young, Psychiatr Clin N Am 31 (2008) 405-420.
- 9.- Stepped care for affective disorders and musculoskeletal pain (SCAMP) study design and practical implications of an intervention for comorbid pain and depression K. Kroenke, M. Bair, T. Damush et al. General Hospital Psychiatry 29 (2007) 506 – 517.
10. - Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. K.Kroenke, E.Krebs, M.P.H. Matthew. General Hospital Psychiatry 31 (2009) 206 – 219.
- 11.- Somatoform Disorders and recent Diagnostic Controversies. Kurt Kroenke. Psychiatr Clin N Am; 30 (2007): 593 – 619.
12. - The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. W. Katon, Elizabeth H.B., et al; General Hospital Psychiatry, 29 (2007); 147 -155.
13. - Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. F. Mols, J. Denollet; General Hospital Psychiatry 32 (2010) 66 – 72.
14. - Increased incidence of alcohol – related deaths from accidents and violence in subjects with ankylosing spondylitis. R. Myllykangas, K. Aho, K. Lehtinen; British Journal of Rheumatology 1998; 37:688 – 690.
- 15.- Stress and Rheumatic Diseases. M. Herrmann, R. Straub. Rheumatic Disease Clinics of North America, 2000; Volume 26, Issue 4, Pages 737 – 763.
16. - Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: A prospective analysis. Gatchel Robert J, Polatin Peter B. Health Psychology. Vol 14(5), Sep 2005 415 – 420.
17. - Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. F. Keefe, V. Bonk. Rheumatic Diseases Clinics of North América, volume 25, issue 1, pages 81 – 103.
18. - Applying Leventhal's self regulation model to adaptation and intervention in rheumatic diseases. Theo John, John Weinman. Clinical Psychology & Psychotherapy (1998). Volume 5 Issues 2, Page 62 -75.
19. - Cognitive Behavioral Therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self – help organization. Heinz Dieter, Peter Rehfisch; Institute for Medical Psychology; May 2002.
- 20.- Historia de los síntomas de los Trastornos Mentales. Germán E. Berrios 2008, Quinta parte págs. 509 – 535.
- 21.- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. García Parajuá, Margaritos López. 2008 pags 158 -183.
22. - 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.
- 23.- Psychometric properties of the Zuckerman – Kuhlman Personality Questionnaire. M. Goma-i-Freixanet, S. Valero, J. Punti, M. Zuckerman. European Journal of psychological assement. Vol 20, issue 2, pp 134-146.
24. - 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 assement. 2005, 84 (3) 229-286.

25. - 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.
- 26.- Spanish normative data of the Zuckerman – Kulhman Personality Questionnaire in general population sample. *Psicotema* 2008. Vol. 20, pp 324-330.
- 27.- Clinician Ratings of the 5 Factor Model of Personality and The DSM IV Personality Disorders. Blaise MA. *J Nerv Mend Dis.* 1997 Junio; 185 (6) 388 – 393.

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 escalofriantes | 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 desenfrenadas 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 Espondilitis Anquilosante en la Consulta Externa de Reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Investigador principal: Dra. Sofía Zaragoza Rodríguez

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 Espondilitis Anquilosante 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 Espondilitis Anquilosante, 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. Sofía Zaragoza Rodríguez. Tel: 52003519. Mail: sofiazaro_13@hotmail.com

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