



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

DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, SEGÚN EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES, EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO DENTRO DE LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE.

TÉSIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. RAFAEL CHONG AVALOS.

CIUDAD DE MEXICO, AÑO 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DESCRIPCION DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, SEGÚN EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES, EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO DENTRO DE LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE.

TÉSIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA:

PRESENTA:

DR. RAFAEL CHONG AVALOS.

TUTOR TEÓRICO:

DR. FCO. JAVIER VALENCIA GRANDOS.

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. MARTA G.OCHOA MADRIGAL

CIUDAD DE MEXICO, AÑO 2010.

*Al final de esta etapa , agradezco profundamente
a mi hermana, a mis padres,
a mis amigos y a mis maestros.*

*“Qué todos los seres sensibles vivan en paz, sólo atados en fin último a la iluminación suprema,
bajo la benevolente luz del Buddha de la Medicina Bhaishajyaguru en este mundo,
y bajo la compasiva luz del Buddha Amitabha en los mundos más allá...”*

Ven. Thich Thien Hue

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

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

Asesor de Tesis

DR. RAFAEL CHONG AVALOS

Autor

COLABORADORES

DRA. FEDRA IRAZOQUE PALAZUELOS.

Jefe de Servicio, Reumatología.

INDICE

Resumen	12
Introducción	
Lupus Eritematoso	13
Manifestaciones Neuropsiquiátricas	15
Personalidad	16
Instrumento, (ZKPQ)	19
Justificación	22
Problema	22
Hipótesis	23
Objetivos	23
Material y Métodos	23
Procedimientos	24
Análisis Estadístico	25
Discusión y Presentación de Resultados	27
Conclusiones	42
Bibliografía	43
Anexos, (ZKPQ, Consentimiento Informado)	47

RESUMEN

Objetivos: Describir y establecer la / las dimensiones prevalentes en la personalidad, según el modelo de los cinco grandes, dentro de los pacientes acudiendo a la consulta externa del servicio de Reumatología de este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE, en el periodo comprendido entre los meses de Mayo y Julio del año 2010. Conocer los factores demográficos relacionados a las dimensiones de personalidad en pacientes con Lupus Eritematoso que se presentan con mayor frecuencia en la consulta externa del servicio de Reumatología de este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

Resultados: Participaron en el estudio 23 pacientes del CMN "20 de Noviembre" con diagnóstico de Lupus Eritematoso. De estos 22 (96%) son de sexo femenino y 1 (4%) de sexo masculino. El rango de edad se extendió desde los 22 hasta los 65 años con una media de 45.09 años (DS¹ 11.47). La escolaridad de la muestra comprende los niveles Básico, que comprende primaria y secundaria (13%) Medio, que comprende estudios de bachillerato(26%) y Superior que comprende estudios de licenciatura y posgrado(61%). El comportamiento luego de la estandarización de la muestra fue similar al de la población general. En la correlación entre las diferentes dimensiones de personalidad y los factores sociodemográficos, se encontraron sólo algunos datos significativos estadísticamente, (Prueba de Kruskal-Wallis y Correlación de Pearson). La Escala de Actividad tiende a puntuar en forma negativa, así como sus dos subescalas, (Actividad General y Esfuerzo por el trabajo), siendo más evidente la tendencia a puntuar negativamente en la subescala de esfuerzo por el trabajo La escala de sociabilidad también puntuó negativamente, sin embargo en una de las subescalas, (fiestas y amigos), la tendencia es puntuar positivamente. La escala de impulsividad de igual forma tiende a puntuar en forma negativa, las dos subescalas, (Impulsividad y Búsqueda de sensaciones), también puntuando en forma negativa, siendo más evidente la tendencia en Búsqueda de sensaciones. Finalmente la escala de Agresión tiende a puntuar positivamente. Las escalas de Neuroticismo-Ansiedad y Actividad, tienden a mostrarse más elevada en el subgrupo de 41 a 50 años. La subescala de esfuerzo por el trabajo resalta en mayores de 50 años. La escala de Sociabilidad tiende a resaltar en el grupo de 18 a 40 años, puntuando negativamente y en el grupo de mayores a 51 años, puntuando positivamente en forma de una tendencia. En las subescalas de fiestas y amigos e intolerancia al aislamiento puntúan negativamente en el grupo de 18 a 40 años. En la escala de Impulsividad y búsqueda de sensaciones el grupo de 51 años presenta una distribución más amplia en sus puntajes que los otros grupos, los mayores de 51 años obtiene puntuaciones negativas en la subescala de impulsividad. Agresividad-Hostilidad, las puntuaciones del grupo mayor a 51 años tienden a destacar, sin embargo mantienen la tendencia de la población general. Las diferencias significativas encontradas en el instrumento considera sólo la subescala de intolerancia al aislamiento. Respecto al análisis de escolaridad, sólo se encontraron datos significativos sólo en el grupo de educación superior y respecto a las escalas Actividad, esfuerzo por el trabajo, fiestas y amigos. De igual forma hay relaciones en las diferentes escalas del instrumento, significativas para la relación entre actividad Y Fiestas y amigos, Impulsividad y Búsqueda de sensaciones. Neuroticismo-Ansiedad con Agresión. Esfuerzo por el trabajo con sociabilidad y fiestas y amigos. Fiestas y amigos con impulsividad y búsqueda de sensaciones. Impulsividad con agresión.

Conclusiones: el grupo de estudio tiene un comportamiento similar a la población general, sin embargo existen tendencias a pesar de esto, pareciera que la patología reumatológica no condiciona, relacionado a factores estructurales propios de la patología, cambios preferenciales en este grupo de pacientes en su personalidad. Más bien parecieran responder al contexto de interacción entre el intrapsiquismo individual y su comportamiento ante un ambiente condicionante.

INTRODUCCION.

Descripción de dimensiones de personalidad, con el modelo de los 5 grandes en pacientes y Lupus Eritematoso, (LES).

En Reumatología se han realizado diversos estudios que toman en cuenta la importancia de la evaluación neuropsiquiátrica de los pacientes, Moran, 1996, (1); Dupond et al, (1990) (3). Ferstl, et al. (1992), (5). Hermann et al. (2000),(6). Salaffi, et al. 2005, (2). Berlit, (2007), comenta prevalencias de entre 37% a 95% en poblaciones reumatológicas de trastornos psiquiátricos, (disfunción cognitiva, trastornos afectivos, síndromes ansiosos, cambios de personalidad), (4). Sundquist et al. (2008), muestran los resultados de un estudio de cohortes con seguimiento entre 1973 y 2004, con mayor riesgo para pacientes reumatológicos de alteraciones psiquiátricas, LES con mayor riesgo de trastornos psiquiátricos subsecuentes. Riesgos Relativos: Artritis Reumatoide 1.45, LES 2.38, Espondilitis Anquilosante 1.69, (hombres), Artritis Reumatoide 1.36, LES 2.16, Espondilitis Anquilosante 1.95, (mujeres). LES con mayor riesgo de trastornos cognitivos, (7). Haupt, (2004), señaló dentro de los trastornos reumatológicos, al LES con la mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas en hasta el 90% de los pacientes de incluirse el deterioro cognitivo leve. Los síndromes psiquiátricos que evaluó incluyen, estados confusionales agudos, trastornos por ansiedad, sintomatología afectiva y psicosis, sin embargo el deterioro cognitivo no ha podido relacionarse con la severidad de la enfermedad, (42). Esto nos permite proponer la relevancia en la objetivación de las manifestaciones neuropsiquiátricas en este grupo de pacientes, así como el perfil dimensional de personalidad.

Lupus Eritematoso.

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune, en la que el daño a órganos y tejidos se da mediante adherencia de autoanticuerpos y complejos inmunes, (102). Sus indicadores epidemiológicos, incidencia, (casos nuevos), de 5.5/100,000 habitante/año y una prevalencia de 122/100,000 habitantes. Edad de inicio entre 20 y 40 años, relación mujer:hombre 9:1 y 2:1 en niños y adultos mayores. En el género masculino y en niños existe un curso más agresivo y mayor incidencia de daño renal. Aunque es una enfermedad crónica que puede llegar a poner en peligro la vida, la mayoría de los pacientes evolucionan a una enfermedad crónica, debilitante y con afección sistémica leve a moderada. Actualmente la sobrevida es de cinco años en 98% de los casos y el pronóstico es malo sólo en pacientes con daño orgánico grave renal, del sistema nervioso central o aparato cardiovascular. La principal causa de morbilidad y mortalidad lo constituyen las infecciones secundarias al uso de fármacos inmunosupresores, neoplasias y cardiopatía isquémica prematura. Actualmente se han añadido causas de comorbilidad y mortalidad como nefropatía, cardiopatía isquémica prematura y complicaciones del tratamiento, (infecciones, neoplasias), (101). Otros autores consideran una supervivencia del 90% a 95% a dos años, 82% a 90% a cinco años, 71% a 80% a 10 años y 63% a 75% a los 20 años. Con una mortalidad cercana al 50% en 10 años, de relacionarse al momento del diagnóstico con creatinina sérica mayor 1.4 mg/dl, hipertensión, síndrome nefrótico, (proteínuria mayor a 2.6 gr), anemia, (Hb menor a 12.4 gr/100 dl), hipalbuminemia, hipocomplementemia y aPL. Muchos pacientes incapacitados por insuficiencia renal crónica, fatiga, artritis, y dolor. Hasta un 25% experimenta remisiones, a veces durante algunos años, pero rara vez son permanentes. Las causas principales de muerte durante la primera década de la enfermedad son la actividad sistémica del LES, la insuficiencia renal y las infecciones; más tarde los incidentes tromboembólicos y los problemas cardiovasculares. Al parecer existe un mayor riesgo de cáncer entre los pacientes con LES, (linfoma no Hodgkin, hematológicos, pulmonar y hepatobiliar), (102).

Respecto a la patogenia, se da una interacción entre genes de predisposición y factores ambientales, originando respuestas inmunes anormales, desde hiperreacción a hipersensibilidad en linfocitos T y B hasta una regulación deficiente de la disponibilidad de antígenos con respuestas sostenidas por parte de

los anticuerpos. La hiperreacción en linfocitos T y B traduce una mayor expresión de moléculas HLA-D y CD40L, con esto las células activadas fácilmente por antígenos inducen las primeras señales activadoras, generando una producción sostenida de autoanticuerpos y la formación de complejos inmunes provocando secuestro y destrucción de células revestidas de Ig; fijación y segregación de proteínas del complemento, y liberación de quimiotaxinas, péptidos vasoactivos y enzimas destructoras en los tejidos, (102).

Autoanticuerpos dirigidos contra complejos DNA/Proteína o RNA/proteína como los nucleosomas, una parte del RNA nucleolar y el RNA ayustosómico. Durante los procesos apoptóticos estos antígenos migran a la superficie celular, contenidos dentro de vesículas ahí, cambiando al conformación de los fosfolípidos, acercándose las porciones antigénicas a la superficie. Las moléculas celulares que cambian durante la activación o el daño celular migran a la superficie celular, activando al sistema inmunitario. Se altera la fagocitosis y la eliminación de células apoptóticas y complejos inmunes. Por tanto existen antígenos que son presentados en ubicaciones reconocidas por el sistema inmune; los antígenos, los autoanticuerpos y los complejos inmunes persisten durante largo tiempo, permitiendo que el daño tisular se acumule hasta producir una enfermedad clínica, (102).

Es una enfermedad multigénica, es probable que los alelos de varios genes normales contribuyan un poco a las respuestas inmunitarias anormales, acumulándose variaciones suficientes aparece la enfermedad. Algunos genes predisponentes se ubican en la región del antígeno leucocitario humano, (HLA), especialmente en genes con HLA que codifican C'2 y C'4. Los genes relevantes con HLA DR/DQ prácticamente duplican el riesgo de padecer LES cuando existe un haplotipo de predisposición, y lo cuadruplican o sextuplican cuando existen dos o más. Algunas proteínas importantes para la eliminación de las células apoptóticas también participan en la predisposición genética, (deficiencias homocigotas de los primeros componentes del complemento C1q, C'2 y C'4 y de algunos alelos del ligando enlazador de manosa aumentan el riesgo de padecer LES. La deficiencia de C1q imparte el mayor riesgo genético conocido, pero es rara. Existen por lo menos 5 regiones cromosómicas, independientemente de HLA, que contienen genes de predisposición, (cromosoma 1 alelos que codifican receptores para Fc γ gamma, enlazando subgrupos de IgG; cromosoma 16 genes de autoinmunidad que al interactuar con otros genes predisponen a padecer diferentes trastornos autoinmunitarios), (102).

El sexo femenino es permisivo con el LES, especialmente si han recibido anovulatorios orales con estrógenos o terapia hormonal de reemplazo, (estradiol se une a receptores de linfocitos T y B, amplificando su activación y supervivencia, favoreciendo respuestas inmunes prolongadas), (102).

Varios estímulos ambientales intensifican el LES, (luz UV incrementa apoptosis en queratinocitos y otras células, altera DNA y proteínas intracelulares tornándose antigénicas). Probablemente varias de las infecciones que despiertan respuestas inmunitarias, (anticuerpos y linfocitos T activados) y que tienen reacciones cruzadas con lo propio o con respuestas que, al madurar, desarrollan capacidad de reconocimiento propio, facilitando las respuestas autoinmunitarias que generan el LES, (102)

El diagnóstico de lupus se basa en el cuadro clínico característico y la presencia de autoanticuerpos, siendo importante valorar su gravedad y reversibilidad potencial, además de calcular las posibles consecuencias de las distintas opciones terapéuticas. Al principio se dañan uno o varios órganos o sistemas, pero con el tiempo aparecen las manifestaciones clínicas, encontrándose ya autoanticuerpos característicos, puede presentarse desde una intensidad leve hasta muy grave, experimentando exacerbaciones alternando con periodos de remisión relativa, es raro que remita completa y permanentemente a falta de tratamiento, la mayor parte del tiempo se manifiestan síntomas generalizados como fatiga, mialgias y artralgias. En algunos casos se presenta una enfermedad diseminada grave, acompañada de fiebre, postración, pérdida de peso y anemia, además de manifestaciones específicas de órganos afectados, (102).

Las manifestaciones clínicas son: musculoesqueléticas, (artralgias, mialgias, poliarteritis no erosiva, deformidades en manos, miopatía y miositis necrosis isquémica de hueso); cutáneas, (fotosensibilidad, eritema malar, úlceras bucales, alopecia, eritema discoide, eritema por vasculitis, urticaria, lupus cutáneo subagudo); Hematológicas, (anemia, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, linfadenopatía, esplenomegalia, anemia hemolítica); Neurológicas, (trastornos cognoscitivos, alteraciones emocionales, cefalalgia, convulsiones, mononeuropatía y polineuropatía, apoplejía, isquemia transitoria, confusión agudo o trastornos del movimiento, meningitis aséptica, mielopatía); Cardiopulmonares, (pleuritis, pericarditis, derrames, miocarditis, endocarditis, neumonitis, arteriopatía, fibrosis intersticial, hipertensión pulmonar); Renales, (proteinuria, síndrome nefrótico, nefropatía terminal); Digestivas, (inespecíficas como náusea, dolor leve, diarrea, enzimas hepáticas anormales, vasculitis); Trombosis, (venosa y arterial); Oculares, (Síndrome de Sjögren, conjuntivitis, epiescleritis, vasculitis), (102).

Los análisis de laboratorio ayudan a establecer el diagnóstico, vigilar la evolución, previendo una exacerbación o lesión orgánica y para identificar efectos adversos del tratamiento. Los autoanticuerpos más importantes por identificar son los anticuerpos antinucleares, (ANA, 95% de pruebas +). Los anticuerpos IgG contra DNA de doble hélice son específicos de LES. Los aPL no son específicos pero su presencia constituye uno de los criterios utilizados para clasificar el LES e identifica a los pacientes con mayor riesgo de padecer obstrucción venosa o arterial, trombocitopenia o abortos. Otra prueba con valor predictivo identifica anti-Ro, con mayor riesgo de Lupus neonatal, síndrome de Sjögren y lupus eritematoso subagudo. La evolución del cuadro requiere de evaluación en exacerbaciones con la concentración de hemoglobina, el recuento plaquetario, examen general de orina y concentración de creatinina sérica o albúmina. Otros indicadores de la enfermedad son: concentración de autoanticuerpos anti-DNA, componentes del complemento, (C3), productos activados del complemento, IL-2, proteína 1 quimiotáctica de monocitos en orina, (102).

El Colegio Americano de Reumatología ha propuesto que los síndromes incluidos en el LES son: trastornos por ansiedad, eventos vasculares cerebrales, disfunción cognitiva, encefalopatía / delirium, meningitis, trastornos afectivos, psicosis y crisis convulsivas, (ACR, 1997). En la valoración de la actividad y cronicidad del LES se utilizan instrumentos clínicos como SLEDAI, MEX-SLEDAI respecto a actividad y SLICC para evaluar cronicidad, relacionando manifestaciones clínicas y valores de laboratorio, (101).

Manifestaciones neuropsiquiátricas.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el LES son de etiología compleja, se han propuesto tres formas de presentación, con participación directa del SNC, (alteraciones afectivas, delirium, deterioro cognitivo); secuelas psicológicas del conocerse con estos padecimientos o su impacto; y los efectos colaterales a nivel psiquiátrico del tratamiento farmacológico de base, (100). Existe bibliografía que sustenta estos tres modelos, sin embargo la más consistente señala la participación de componentes psicosociales en la presentación de las manifestaciones neuropsiquiátricas, ya que implica un avance inexorable, difícil pronóstico, debilidad, limitaciones económicas, sufrimiento, dolor y muerte. Se han relacionado factores como agravamiento de la enfermedad, muerte y pérdida de funcionalidad, autonomía y dependencia. Con disfunción a nivel laboral, social, familiar, de pareja y sexual. Algunos pacientes creen que la enfermedad tiene un efecto positivo en sus vidas, haciéndoles más conscientes de su posibilidad a morir, esto representa formas de afrontamiento, (racionalización / intelectualización), (100). Wekking, et al. (1991), denotan escalas altas en psicopatía, objetivan datos de sintomatología impulsiva, distimia y depresión psicótica, (37). Ishikura, et al. (2001), estudiaron 84 mujeres con LES, sin historia de alteraciones neuropsiquiátricas, alrededor de los 20 años, en condiciones físicas relativamente estables, llevando vidas diarias normales, con tratamiento y evaluación regular en consulta externa. Se evaluaron ansiedad, depresión e ideación suicida. Como factor estresor para depresión y ansiedad se relaciono en forma autoevaluatoria el haber comprendido cabalmente la significancia del padecer LES, efectos colaterales con esteroides relacionado a ansiedad, ideación suicida

correlacionando con relaciones intrafamiliares y dosis altas de esteroides. Sin correlación entre actividad del LES y alteraciones psicológicas, (40).

Se han reportado la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, de entre 33% y 60%, (Ball, 1986, O'Connor, 1959, (95)) y más altas si se incluyen trastornos afectivos, si se restringen los trastornos no psicóticos, hasta 47% de los pacientes, (Omdal et al. 1995, (96)). Otros estudios denotado las manifestaciones neuropsiquiátricas en LES son: Otto et al, (1967), (16); Heine, (1969), (19); Kreindler, et al, (1970), (12); Lapiere, (1973), (9); Andrew, (1975), (13); MacNeil, et al. (1976), (18); Ravindran et al. (1980), (15); Pflager, (1982), (10); Stein, (1986), (14); Sabbatini et al. (1987), (8); Rimon, et al. (1988), (23); Mitchell, et al. (1990), (20); Lim, et al. (1991), (22); Burckhardt, et al. (1993), (17); Maeshima et al, (1996), (11). Philip, et al. (2009), objetivan depresión en LES, (33). Skeel, et al. (2000), señala los impedimentos significativos en la expresión del lenguaje, atención y velocidad de procesamiento, relacionando por tanto a las alteraciones en la memoria con inatención, (29). Wright, (2010), Describe la presencia de múltiples condiciones psiquiátricas en LES, incluyendo psicosis, describe un paciente con cambios en la personalidad, (28). Curry, et al. (1993), objetivaron las alteraciones en la sexualidad de pacientes lúpicas, estableciendo como predictores clave para el desempeño sexual, la severidad del padecimiento de base, ($P < 0.001$), adaptación sexual premórbida ($P < 0.05$) y la calidad de la relación, ($P < 0.05$). Consideran la combinación de factores interpersonales, psicológicos y las condiciones médicas en la vida del paciente, (31).

Estos síndromes pueden ser transitorios o asociados con déficit neurológico permanente, son impredecibles y se pueden presentar en cualquier momento de la historia natural del padecimiento, incluso preceder al diagnóstico. En estudios postmortem los hallazgos más comunes en encéfalo, relacionado a LES en SNC son infartos microscópicos y zonas de hemorragia. El aspecto localizacionista subyacente a la sintomatología neuropsiquiátrica ha sido vagamente relacionado. Se puede objetivar una presentación psiquiátrica completamente normal y coexistir con un EEG o PET anormales y hallazgos positivos en la autopsia, (Hughes, 1985), (96). No se han encontrado correlaciones significativas entre el deterioro cognitivo y alguna perturbación psicológica, (Denburg et al. 1987), el deterioro cognitivo objetivado mediante pruebas neuropsicológicas no necesariamente refleja evidencia clínica de alguna alteración neurológica, (97).

Donde se ha objetivado más claramente la participación de un componente estructural propio de la etiopatogenia en el LES, son los cuadros de delirium, (100). Algunos modelos neurobiológicos relacionan estrés y predisposición en sustratos neurobiológicos. La fluctuación en el nivel de estrés percibido, es un factor de riesgo para el inicio de agudizaciones en pacientes con LES y manifestaciones renales, ocurriendo en un ambiente de susceptibilidad génica, (alelo 5HT1A -1019), Birmingham, et al. (2006), (24). Navarrete-Navarrete, et al. (2010), señalan que el estrés crónico empeora la calidad de vida en pacientes con LES, se evaluaron cantidad de estrés, ansiedad, depresión, Índice de actividad, síntomas somáticos, autoanticuerpos anti DNA nuclear, C3, C4 y Calidad de vida. La Terapia cognitivo conductual redujo niveles de depresión, ansiedad y estrés diario, mejorando calidad de vida y síntomas somáticos. Sin cambios a nivel inmunológico, (39). Simonin, et al. (2004), comentan la presencia de exacerbaciones en síntomas afectivos, en relación con altos títulos de autoanticuerpos, en un contexto de recurrencia, (36).

Rasgos de Personalidad:

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Sólo constituyen un trastorno cuando son inflexibles y malapropiados, además de cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Y los trastornos de personalidad son patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos 2 de las

siguientes áreas: cognitiva, afectiva, interpersonal o control de impulsos, se extiende en una amplia gama de situaciones personales y sociales, provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo, con inicio en la adolescencia o principio de la vida adulta, es estable y de larga duración, no es atribuible a una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, (droga, medicación, tóxico), ni a una enfermedad médica, (traumatismo craneoencefálico), (110).

Es importante considerar respecto a los rasgos de personalidad, la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento específicos que afectan de un modo adverso al estado médico general, las formas en que estos factores pueden afectar negativamente al estado físico son variadas, pueden influir sobre el curso de una enfermedad médica, (la cual se puede inferir por una íntima relación temporal éntrelos factores y la presencia, exacerbación o retraso en la recuperación de una enfermedad médica), o pueden interferir con su tratamiento, constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo, o precipitan o exacerbam los síntomas de la enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés. Estos factores pueden tener un efecto clínico significativo sobre el curso o la evolución de la enfermedad o sitúan a la persona en una situación de riesgo elevado para una evolución adversa, (110).

CIE-10 define como trastorno de personalidad a aquellos trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables, (109). Abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social, (109).

Para el diagnóstico de los trastornos de personalidad se requiere de una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad, tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos. Se debe valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. Se deben considerar los rasgos maladaptativos específicos que no traspasan el umbral para algún trastorno específico, así como los mecanismos de defensa predominante; además de antecedentes étnicos, culturales y sociales. Las categorías de trastornos de personalidad pueden ser aplicables a niños y adolescentes en casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad maladaptativos particulares del individuo parezcan ser tendencias a extenderse, a persistir y no limitarse a una etapa particular del desarrollo. En menores de 18 años las características de personalidad deben permanecer por al menos 12 meses para realizar el diagnóstico, exceptuando al trastorno antisocial que no puede diagnosticarse antes de los 18 años. Un trastorno de personalidad puede exacerbarse tras la pérdida de personas que aportaban un apoyo significativo o de situaciones previas estabilizadoras, se debe considerar el trasfondo médico. El trastorno antisocial se diagnostica más en hombres, otros se diagnostican más en mujeres, (límite, histriónico y por dependencia).

Los trastornos mentales secundarios a condiciones médicas pueden exacerbar los rasgos de personalidad a proporciones sintomáticas en el contexto de una enfermedad médica, ejemplos de esto son la anemia perniciosa y el LES, exacerbando los rasgos paranoias, el hipotiroidismo aumentando la conducta dependiente, se han reportado exacerbaciones de rasgos de personalidad a nivel de

trastornos en pacientes con DM2 en relación con las hipoglucemias nocturnas, (Krahn and McKenzie 1984, (94)).

En Psiquiatría de Enlace siempre ha existido un interés en el impacto de los rasgos de personalidad y la adherencia terapéutica, Kahana y Bibring, (1964) describen los prototipos de distintos estilos de personalidad y sugieren instrucciones de tratamiento adaptándose a las características de personalidad en el paciente para promoción de la adherencia terapéutica, (64). Valliant en 1986 estudió diferentes mecanismos de afrontamiento, participando en las reacciones mostradas por los pacientes, (88).

En el hospital general, los pacientes con trastornos de la personalidad y/o rasgos maladaptativos generan interconsultas para Psiquiatría dado que se muestran irritables, manipuladores o con conductas autolesivas; muestran una pobre adherencia terapéutica a las recomendaciones médicas; generan frustración e ira en el personal médico y paramédico; tienden a presentarse con ansiedad extrema, depresión o quejas físicas intratables; habitualmente presentan comorbilidad con Eje I incluyendo problemas en el consumo de alcohol y adicciones, (99). Depresión y Ansiedad, los trastornos más frecuentes en la práctica médica se han asociado con un trastorno de personalidad en rangos estimados desde un 23% a 65% para Depresión y 35% a 58% para trastorno paroxístico de Ansiedad, (Klein et al, 1988, (65); Mavissakalian, Hamman & Jones, 1990, (66); Noyes et al., 1990, (67); Pilkonis & Frank, 1988, (68); Wetzler et al., 1990, (69)). Los pacientes con un trastorno por Somatización y aquellos con una conducta tendiente a ser autolesiva o a presentarse enfermos tienden a ser comórbidos con un Trastorno de Personalidad, (Adictos, pacientes con intentos suicidas recurrentes, automutiladores y con alteraciones alimentarias). Zanarini et al, 1998, en un estudio con pacientes limitrofes, el 96% mostraron criterios para un trastorno afectivo, (Depresión 83%, distimia 39%); 88% para trastornos de Ansiedad, (Trastorno paroxístico de Ansiedad 48%), 53% con un trastorno en la alimentación, (21% Anorexia nervosa, 26% Bulimia Nervosa), (69).

Kass et al., 1985, Pacientes con rasgos de personalidad maladaptativos son comunes en poblaciones con padecimientos médicos, de 609 pacientes en consulta externa de Psiquiatría en un hospital general, 51% presentaron trastornos de personalidad, 13% casi alcanzan criterios y 24% con rasgos maladaptativos, (DSM III y DSM II), estos últimos mostrando dichos rasgos bajo estrés del padecimiento médico u hospitalización, o en el contexto de la relación médico-paciente. Los padecimientos médicos inducen regresiones conductuales en casi todos los individuos con casi plena certeza, por tanto pacientes con trastornos de personalidad o rasgos maladaptativos tienen una mayor tendencia a mostrar estados aún más regresivos, (70). Los trastornos de personalidad se han asociado con mayor uso de las instancias médicas, mayormente personalidad del grupo Dramático, (Histriónico, Narcisista, Antisocial y Límitrofe, Reich et al, 1989, (73)). Comorbilidad entre eje I y eje II, (Gorton and Akhtar 1994, (91); Marin et al 1994): Límitrofe con trastornos afectivos, ansiosos y de la alimentación. Trastorno Bipolar con trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo e histriónico. Trastorno antisocial, límitrofe, narcisista e histriónico con trastornos en el consumo de sustancias. Trastornos del Cluster C, (ansiosos-temerosos), con trastornos de ansiedad. Trastorno evitativo de la personalidad con fobia social. Bulimia Nervosa con trastornos del Cluster B y Cluster C. Trastorno obsesivo-compulsivo con trastorno histriónico, dependiente, obsesivo-compulsivo y esquizotípico de la personalidad. Trastornos somatomorfos con trastornos del cluster C. Los trastornos de personalidad se asocian a un peor pronóstico en el diagnóstico de Eje I, especialmente episodio depresivo y trastorno paroxístico de ansiedad, (Reich 1990, (92), Pilkonis and Frank, 1988, (93)).

Los estudios que han evaluado personalidad en LES incluyen, Pizova, et al. (2003), (21). Martins, et al. (2002), Utilizando el inventario MMPI, proponen a la personalidad contribuyendo con el desarrollo de alteraciones neuropsiquiátricas, (32), Mattje, et al. (2006), con un enfoque psicodinámico, comenta que en los pacientes con LES, se percibe no existir una comprensión plena por familiares y amigos de lo que significa el LES, generando conflictos e intentando el paciente con poco éxito algunas veces al reconstruir dichas relaciones, (41). Cornwell, et al. (1990), evaluó la autoestima y la percepción de imagen corporal, intentando establecer factores psicosociales que mejoren las instancias del pronóstico y tratamiento del LES. (25). Otros estudios definiendo factores psicosociales son, Ng, et al, (2007), (26); Goodman, et al. (2005), (27); Nowicka-Sauer, (2007), (30); Colangelo, et al. (2009), (35); Freire, et al.

(2007), relacionando la duración de la enfermedad, ($p < 0.03$), aspectos generales de salud y sociales en calidad de vida, también relacionó la duración de la enfermedad, ($p < 0.05$ y $p < 0.038$). No se demostró una correlación entre el estado socioeconómico y la actividad de la enfermedad con el daño orgánico y la calidad de vida, (38).

Descripción del instrumento ZKQP-III.

Una de las principales dificultades para el diagnóstico radica en el uso de un instrumento categórico, dimensional o un sistema prototípico de diagnóstico, (Frances 1982, (74), Livesley 1985, (75 a y b) APA, DSM-IV-TR). Otra dificultad radica en las probables influencias culturales y de género, (Kaplan 1983, (76), Presly and Watson 1973, (77)). Investigadores a favor del enfoque dimensional, (Heumann & Morey 1990, (78), O'Boyle and Self 1990, (79), Westen and Arkowitz-Westen 1998, (80)). Los modelos dimensionales tienden a ser menos preferidos para la mayoría de los clínicos. El sistema categórico tiende a generar diagnósticos traslapados, (Adler, Drake et al 1990, (81), George and Soloff 1986, (82), Reich 1990, (83)).

Los factores relacionados a un diagnóstico acertado incluyen la obtención de una historia clínica confiable en pacientes gravemente enfermos, el estrés, el efecto del internamiento y ambiente hospitalario, podrían generar circunstancias más regresivas en los pacientes. El dolor agudo o crónico pueden exacerbar los rasgos maladaptativos en la personalidad. Es necesario obtener información objetiva a partir de los registros médicos, entrevistas con familiares y amigos, así como personal médico y paramédico a cargo.

La confiabilidad en el diagnóstico de los trastornos de personalidad varía mucho, sin embargo para los trastornos histriónico, límite y dependiente los coeficientes kappa son por lo menos de .70, (Stangl 1985, (84)). Otros estudios con coeficientes kappa menores a .49 para los trastornos antisocial y el resto, (Mellsop et al 1982, (85)). Los pacientes con trastornos graves de la personalidad tienden a mentir en mayor medida, (Ford, King, Hollender, 1988, (86)).

Los cuestionarios de autoreporte, (PDQ, Personality Disorder Questionnaire), (Hyler and Reider 1984, (87)) y el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), (Millon 1983) son sensitivos y relativamente poco específicos, son apropiados para el escrutinio individual en poblaciones de alto riesgo para trastornos de personalidad, sugiriendo un seguimiento mediante entrevista clínica.

A pesar de que un sistema categórico de diagnóstico como el DSM permite un estudio epidemiológico e investigación clínica, posee desventajas. Bajo circunstancias de estrés o enfermedades médicas graves, trauma o cirugía, los pacientes pueden experimentar conductas transitorias regresivas y primitivas, con defensas de "bajo funcionamiento", típicos de trastornos límite, a pesar de no contar con el criterio de temporalidad y disfunción del DSM-IV-TR, en estas circunstancias el reconocimiento y manejo de defensas yoicas resulta esencial, y no el establecimiento de un diagnóstico categórico. En un ambiente de estrés severo, en circunstancias regresivas inducidas por la hospitalización, se pueden generar conductas paranoides en individuos esquizoides u obsesivos; conductas típicamente límite en individuos de alto funcionamiento histriónicos o narcisistas. Bajo otras circunstancias, estos mismos individuos podrían no mostrar estos rasgos y no garantizar un diagnóstico en Eje II, (99).

De establecerse un diagnóstico en Eje II, se podrían anticipar dificultades de manejo al escoger estrategias terapéuticas, considerando los mecanismos de afrontamiento y la calidad de las relaciones objetales para generar en el paciente un continuum del funcionamiento adaptativo de la personalidad. Una clasificación útil en el asesoramiento de las formas de afrontamiento es la de Valliant, (1986), (88), y DSM-IV, (1994). La identificación de un episodio depresivo tiene una importancia especial, ya que de igual forma podría generar rasgos maladaptativos de personalidad, (Hirschfeld et al 1983, (89), Libb et al 1990, (90)).

Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman.

Como precedentes en modelos dimensionales, se encuentran los modelos de 3 dimensiones de Eysenck, (1947 y 1967) y el modelo de Cattell, (1957), constituido por 16 dimensiones, se transforman los

antiguos tipos fundamentales de temperamento, (flemático, sanguíneo, melancólico, colérico), en conceptos constituidos en dimensiones delimitadas por polos antagónicos. El modelo de Eysenck posee mayor consistencia y es uno de los más conocidos entre los modelos factoriales-biológicos, (dimensiones extroversión, neuroticismo, psicoticismo), cada dimensión se subdivide en rasgos específicos y estos a su vez, en hábitos constituidos por reacciones o conjuntos de respuestas específicas, toma en cuenta además de la fisiología del SNC, al aprendizaje humano, (103).

El modelo de los 5 grandes, es uno de los más utilizados en la época actual, (Costa & McCrae, 1985), (5 dimensiones básicas: Neuroticismo, Extroversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Conciencia), articulándose en 30 facetas, seis o dimensión. Toma en cuenta que cualquier rasgo puede ser codificado en el lenguaje natural, por tanto definidas mediante autoinformes, concibiendo los rasgos de personalidad como adjetivos, posee buena replicabilidad intercultural e interlingüística, favoreciendo la universalidad del modelo. Resulta útil en la descripción, pero no logra explicar el comportamiento. Las dimensiones Neuroticismo y Extroversión poseen correlatos biológicos evidenciables, (103).

El modelo alternativo de los 5 grandes, (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, teta & Kraft, 1993), es un modelo factorial-biológico, considera los rasgos básicos de personalidad con una base consistente a nivel biológico-evolutivo. Incluye dimensiones que pueden ser potencialmente replicadas entre especies diferentes, bajo la consideración de que si un rasgo se considera relevante en términos de personalidad, debiera poderse contextualizar en términos de su arraigo biológico y evolutivo, (103).

Neuroticismo-Ansiedad: mide preocupación emocional, tensión, miedos, indecisiones, obsesión, falta de autoconfianza y especial sensibilidad a la crítica.

Actividad: 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. Incluye las facetas actividad general y esfuerzo en el trabajo.

Sociabilidad: se refiere 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. Incluye las facetas Amigos y grupos e intolerancia a la soledad.

Impulsividad – Búsqueda de Sensaciones: 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. Incluye 2 facetas, impulsividad y búsqueda de sensaciones.

Agresión – Hostilidad: hace referencia a la predisposición a expresar agresividad verbal, rudeza, grosería, desconsideración hacia los demás, conducta antisocial y deseo de venganza y malicia.

Respecto a otros modelos dimensionales, la dimensión Apertura-Intelecto se entiende como separado del temperamento por lo que no se incluyó, la dimensión extroversión se dividió en actividad y sociabilidad, emergiendo la actividad como un rasgo del desarrollo evolutivo. Se distinguió entre hostilidad y ansiedad ya que poseen distintas bases neurobiológicas y o agrupadas en un mismo factor como Neuroticismo. Las dimensiones de impulsividad y búsqueda de sensaciones disponen de correlatos psicobiológicos. Además se integró otra subescala, (Infrecuencia), para detección de respuestas inadecuadas con poca atención a resolver la prueba, (103).

En las diferentes especialidades médicas se han utilizado diversos instrumentos dimensionales, Krause, (2004) utiliza el cuestionario de personalidad Zuckermann-Kuhlman en pacientes con riesgo de trauma espinal, (45). Liang, et al. (1984), utiliza en pacientes con LES inventario MMPI, denotando calificaciones altas en hipocondría, depresión e histeria, (46). Shiner, (1998), Utiliza modelos de Thomas y Chess, Buss y Plomin, Rothbart, Block y Block y el de los cinco grandes. Se proponen las siguientes dimensiones:

socialidad, inhibición social, dominancia, emotividad negativa, agresividad, disposición social, persistencia / atención, motivación principal, control inhibitorio y nivel de actividad, (47). Farnam, et al. (2007). Utilizan neo-5 Factor Inventory en pacientes con intestino irritable. Objetivan dimensiones con mayores calificaciones: neuroticismo, apertura y consciencia de sí. En pacientes con predominio de constipación dimensiones de consciencia de sí y neuroticismo altas, bajas calificaciones en dimensión que describe grado de acuerdo, apertura y extroversión, (48). Heine, et al. (2009). Utiliza y defiende el modelo de 5 grandes, permitiendo su uso transculturalmente y en forma universal, (49). Prinke, et al. (2009). objetiva características de crianza, utilizando un modelo dimensional en los padres, (50). Peterson, et al. (2001). utiliza modelo de 5 factores en depresión, (51). Mann, et al. (1994). Utilizan el modelo de los 5 grandes, sujetos con características alexitímicas fueron menos capaces de reconocer estados afectivos en expresiones faciales, modificando su capacidad empática, (52).

Blais, (1997). Estudia la relación entre el modelo de los 5 factores, (neuroticismo, extroversión, capacidad para estar de acuerdo, apertura y consciencia de sí) y los diagnósticos de DSM-IV. Los criterios de trastornos de personalidad se asociaron fuertemente a los dominios de neuroticismo, extroversión y capacidad para estar de acuerdo. El dominio de Neuroticismo se asoció con trastornos de personalidad límite, evitativo y dependiente. Los trastornos de personalidad paranoide, evitativo, esquizoide y esquizotípico se asociaron negativamente con el dominio de capacidad para estar de acuerdo. El dominio de extroversión se asocio en forma positiva con trastornos de personalidad narcisista e histriónico y negativamente con Esquizoide. Apertura y Consciencia de sí fueron positivamente asociados con Trastorno Obsesivo Compulsivo y negativamente con antisocial y límite, (53).

McAdams, et al. (2006). Considera el modelo de los 5 grandes, define personalidad como: "es la variación única del individuo en el diseño general evolutivo en la naturaleza humana, expresado como el desarrollo de patrones en rasgos dispositivos, características de adaptación, autodefinition en el transcurrir del ciclo vital, considerando la compleja y diferente situación cultural y social. Las 5 dimensiones de este modelo nos hablan de la autodefinition e individualidades psíquicas construidas en respuesta a las tareas sociales y los requerimientos humanos para ser significante culturalmente, (54). Steinmeyer, et al. (2002), compara tres modelos dimensionales de personalidad, el de los 5 grandes, (Costa y McCrae), Modelo psicobiológico de Cloninger y el modelo de Livesley "Dimensional Assessment of Personal Pathology" (DAPP). Los resultados reflejan una validez universal en 4 dimensiones básicas de personalidad, confirmando la hipótesis de universalidad, DAPP tiende a mostrar una mayor sensibilidad en trastornos de personalidad, (55).

Booth, et al. (2006), evaluaron 398 ancianos, relacionando el impacto de los rasgos de personalidad y un afecto negativo. Se evaluó el contexto cognitivo en relación con depresión y ansiedad, factores demográficos y personalidad mediante modelo de 5 grandes. Los rasgos de personalidad contribuyen a la función cognitiva, específicamente la dimensión de apertura tiene una relación significativa con la memoria verbal y la habilidad cognitiva general. La depresión o ansiedad contribuyen poco en la cognición, (56). Judge, et al. (2007). Utilizan instrumento fundamentado en los 5 grandes para validar su escala, (57).

Zweig-Frank, et al. (1995), evalúan casos con trastorno límite y controles, (todos con otros trastornos de personalidad), muestra de 29 individuos, evaluados mediante NEO-PI-R. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad se mostraron diferentes en todas las dimensiones, particularmente altos en neuroticismo y particularmente bajos en capacidad para estar de acuerdo, consciencia de sí, (competencia y deliberación), (58).

Se han realizado estudios en LES, utilizando modelos dimensionales, Minami, et al. (2002). Utilizan Cuestionario de personalidad de Eysenck, (EPQ-R corto). La fase activa se correlaciona con neuroticismo, (59). Barbosa, et al. (2009), utilizan el modelo de los 5 factores para evaluar personalidad, se estableció la relación con severidad del LES y daño acumulado. Se encontró una alta prevalencia de alexitimia. La apertura y depresión fueron dos predictores de alexitimia en LES. Pacientes con dificultad en el manejo

de las emociones, generando diestres psicológico e inestabilidad afectiva, afectando la calidad de vida, (60).

Waterloo, et al. (1998), objetivan estado emocional y psicológico en 36 pacientes con LES, mediante Cuestionario General de Salud, (GHQ-30) y MMPI. 50% de la muestra con alteraciones psiquiátricas leves para GHQ-30, 28% con score menor a 70 en subescala de depresión en MMPI, (Depresión significativa). Las alteraciones mucocutáneas y articulares se asociaron a problemas con el funcionamiento social, discomfort en situaciones sociales, afecto depresivo. Sugieren etiologías adicionales a la disfunción psicológica entre los pacientes con LES, además de alteraciones directas al SNC, (61).

Omdal, et al. (2003), Usan MMPI. La fatiga pareciera contar con más factores, no es explicada por alteraciones inflamatorias o el estado inmunológico, es un fenómeno multifactorial con múltiples factores psicosociales relacionados, es parte de una compleja respuesta a un trastorno crónico, (62). Este mismo autor, en 2001 evalúa las características somáticas y psicológicas de la cefalea en pacientes con LES. Señala al respecto que las cefaleas especialmente las migrañosas se han considerado parte del cuadro del LES. Utilizaron el índice de actividad en la enfermedad, cefaleas según clasificación internacional. MMPI e inventario de Beck para depresión. 38% de la muestra con cefalea migrañosa, 36% con tensional, no se asociaron con actividad en la enfermedad, o alguna otra variable relacionada a la enfermedad, (incluyendo anticuerpos antifosfolípidos). La cefalea migrañosa se asoció solo con una tendencia al aislamiento social y ansiedad, la tensional a diestres psicológico, como ansiedad, quejas somáticas, disminución en energía, tensión mental, discomfort social, abatimiento y disminución en el afecto, denotando un patrón de presentación en cefalea similar a personas sanas, pudiendo no ser considerada como parte de las manifestaciones neuropsiquiátricas, (63).

El ZKPQ se ha utilizado en distintos contextos de investigación: adicciones, psicopatología, conductas de riesgo, intereses profesionales en estudiantado, se ha adaptado a distintos idiomas. El instrumento original cuenta con 99 ítems y una versión de 50 ítems; ambas demostrando una adecuada confiabilidad y consistencia interna, se ha demostrado su validez de contenido y de constructo, así como una adecuada estructura factorial, (103).

Otros estudios relacionados al cuestionario ZKPQ y su confiabilidad son: Goma-i-Feixanet, et al. 2004, corroboran confiabilidad y consistencia interna, validez de contenido y de constructo, así como estructura factorial y reproducibilidad en 933 sujetos catalanes de entre 17 y 25 años. Señalándole como un instrumento confiable, (104). Goma-i-Feixanet, et al. 2005, Validan las respuestas en correlato con los esposos, (asesor externo). Demostrando la validez consensual del instrumento, (correlaciones intraclass en rangos de .47 a .63 en las 5 dimensiones), (105). Goma-i-Feixanet, et al. 2008, comparan 74 pacientes con trastorno límite de la personalidad y 148 controles sanos, denotando calificaciones altas en Neuroticismo-Ansiedad e Impulsividad-Búsqueda de sensaciones; y bajas en Actividad, (106). 1000 participantes de ambos sexos, población general y adultos. Objetivan consistencia interna y validez discriminativa, así como su reproducibilidad, Goma-i-Feixanet, et al. 2008, (107).

PROBLEMA.

A lo largo del camino cursado en la formación dentro de la especialización en Psiquiatría, nos hemos dado cuenta de la enorme importancia de definir las características de la personalidad en nuestros

pacientes de Psiquiatría de Enlace, en este caso específicamente pacientes reumatológicos y con Lupus Eritematoso, teniendo como perspectivas un mejor pronóstico y calidad de vida. Existe una gran diversidad de estudios señalando las manifestaciones neuropsiquiátricas asociadas a este padecimiento, sin embargo son pocos los estudios que definen el perfil de personalidad en estos pacientes, la mayoría de ellos en forma categórica y no dimensional. Nuestro objetivo es participar en esta descripción de las características de personalidad en el paciente lúpico, estableciendo cuales son las dimensiones prevalentes, según el modelo de los cinco grandes, en la personalidad de los pacientes con Lupus Eritematoso en la consulta externa del servicio de Reumatología del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

JUSTIFICACION.

Es importante evaluar en el contexto de la psiquiatría de enlace, los diferentes factores relacionados al mejor pronóstico de la enfermedad médica de base, considerando por supuesto los rasgos de personalidad como influyentes. Si logramos identificar y limitar algunos rasgos maladaptativos podríamos participar de este rubro.

PROBLEMA.

A lo largo del camino cursado en la formación dentro de la especialización en Psiquiatría, nos hemos dado cuenta de la enorme importancia de definir las características de la personalidad en nuestros

pacientes de Psiquiatría de Enlace, en este caso específicamente pacientes reumatológicos y con Lupus Eritematoso, teniendo como perspectivas un mejor pronóstico y calidad de vida. Existe una gran diversidad de estudios señalando las manifestaciones neuropsiquiátricas asociadas a este padecimiento, sin embargo son pocos los estudios que definen el perfil de personalidad en estos pacientes, la mayoría de ellos en forma categórica y no dimensional. Nuestro objetivo es participar en esta descripción de las características de personalidad en el paciente lúpico, estableciendo cuales son las dimensiones prevalentes, según el modelo de los cinco grandes, en la personalidad de los pacientes con Lupus Eritematoso en la consulta externa del servicio de Reumatología del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

HIPOTESIS

Hipótesis verdadera o afirmativa: Existen cambios en la personalidad, dentro del modelo de los cinco grandes, en los pacientes acudiendo a la consulta externa del servicio de Reumatología de este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

Hipótesis nula: No existen cambios en la personalidad, dentro del modelo de los cinco grandes, en los pacientes acudiendo a la consulta externa del servicio de Reumatología de este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir y establecer la / las dimensiones prevalentes en la personalidad, según el modelo de los cinco grandes, dentro de los pacientes acudiendo a la consulta externa del servicio de Reumatología de este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE, en el periodo comprendido entre los meses de Mayo y Julio del año 2010.

Objetivos Específicos:

Conocer los factores demográficos relacionados a las dimensiones de personalidad en pacientes con Lupus Eritematoso que se presentan con mayor frecuencia en la consulta externa del servicio de Reumatología de este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

Describir las dimensiones de personalidad que se presentan con mayor frecuencia en la consulta externa del servicio de Reumatología, en este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE, en pacientes con Lupus Eritematoso.

MATERIAL Y METODOS.

Tipo de Estudio: Por intervención, Observacional al evaluar un fenómeno dado sin modificaciones a sus variables; Sin Asignación; Descriptivo al no haber comparación respecto a su análisis; abierto y transversal respecto al seguimiento y recolección de datos en un momento determinado y en un grupo específico; prospectivo.

Población: El elemento típico serán pacientes con una edad entre los 18 y 60 años, con diagnóstico establecido previamente de Lupus Eritematoso, al momento de la realización del estudio estableciendo actividad mediante instrumento clínico MEX-SLEDAI, asesorado por especialista en Reumatología, acudiendo a la consulta externa de este servicio en este CMN "20 de Noviembre", ISSSTE, entre los meses de Julio y Agosto del año 2010.

Tamaño de la Muestra: Dentro del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE, dadas las circunstancias en la atención dentro del instituto, se decidió elegir una muestra, a partir de un muestreo no aleatorio

consecutivo, captando pacientes acudiendo en forma regular a la consulta externa del servicio de Reumatología, se evaluarán las condiciones respecto a gravedad y evolución clínica del Lupus Eritematoso. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó fórmula comparando muestra con población general en base a proporciones.

Criterios de Inclusión: Pacientes indistintos respecto al género. Derechohabientes ISSSTE, acudiendo en forma regular a la consulta externa de Reumatología en este CMN "20 de Noviembre. Con diagnóstico de Lupus Eritematoso. Con un rango de edad entre 18 y 60 años. Que lean y acepten el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: Con limitaciones físicas para poder resolver el cuestionario. Alteraciones graves en la esfera cognitiva. Analfabeta. Negativa a participar en el estudio. Pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso y que al momento de la realización del estudio presenten síntomas psicóticos o convulsiones.

Criterios de Eliminación: Pacientes que no completen la totalidad del cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman, ZKPQ-III. Pacientes que obtengan una calificación total mayor a 5 en escala de Infrecuencia del instrumento ZKPQ.

Variabes: Personalidad, variable dependiente; Lupus Eritematoso, variable independiente

Instrumento: Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman.

PROCEDIMIENTOS

Descripción general del estudio: Se evaluaron los pacientes con Lupus Eritematoso que acudieron a la consulta externa del servicio de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre contestaron el Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman, 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:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

Una vez obtenidos todos los datos, se variaron en el programa Excel, obteniendo una tabla de información.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística Descriptiva: Tablas de frecuencia, Medidas de tendencia central, Medidas de dispersión: rango, Tablas de contingencia, Gráficas de barra, y de Cajas y Bigotes

Estadística Inferencial: Pruebas de Kruskal-Wallis, Pruebas de Correlación de Spearman.

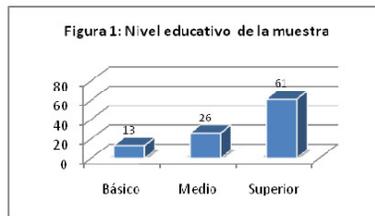
Software Estadístico: SPSS versión 16.0, Paquetería Excel y Word.

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

DISCUSION Y PRESENTACION DE RESULTADOS.

Participaron en el estudio 23 pacientes del CMN "20 de Noviembre" con diagnóstico de Lupus Eritematoso. De estos 22 (96%) son de sexo femenino y 1 (4%) de sexo masculino. El rango de edad se extendió desde los 22 hasta los 65 años con una media de 45.09 años (DS^2 11.47)

La escolaridad de la muestra es predominantemente Licenciatura (57%), seguido por los pacientes con Bachillerato (26%), Primaria (9%), Secundaria y Posgrado (4% respectivamente), para facilitar el análisis de datos en el estudio se agrupó a los pacientes de acuerdo con su nivel educativo, Básico, que comprende primaria y secundaria (13%) Medio, que comprende estudios de bachillerato(26%) y Superior que comprende estudios de licenciatura y posgrado(61%) (Ver Figura 1).



Análisis de las dimensiones de la personalidad de acuerdo con el ZKPQ.

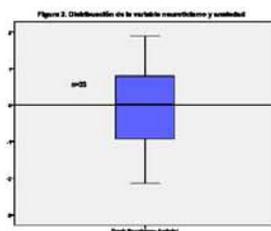
Par analizar los datos, en primer lugar se procedió a transformar las puntuaciones brutas (raw scores) a calificaciones z de acuerdo con los baremos para la versión en castellano del instrumento (Goma-Freixanet y Valero, 2008). La transformación en puntuaciones z presenta dos ventajas, en primer lugar permite comparar escalas con diferentes longitudes, pues las estandariza a una distribución con media de 0 y DS de 1, en segundo lugar, nos permite observar de manera rápida donde se sitúa el sujeto de acuerdo a la muestra poblacional y realizar inferencias acerca de que tanto se aleja su puntuación de la puntuación esperada para su sexo y grupo de edad, en el Cuadro 1 se observa los valores medios obtenidos para las escalas y subescalas del instrumento, las DS, así como los mínimos y máximos.

Cuadro 1: Estadísticos descriptivos para las escalas y subescalas del ZKPQ							
	Media	Error típico de la media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Escala Neuroticismo- Ansiedad	.02	.2187	1.0490	-2.1281	1.8894	-.44	.47
Escala Actividad	-.19	.2009	.9635	-1.9096	1.1977	-.60	.23
Subescala Actividad general	-.09	.1759	.8437	-1.7976	1.4413	-.46	.27
Subescala Esfuerzo por el trabajo	-.26	.2272	1.0897	-1.7661	1.7427	-.73	.22
Escala Sociabilidad	-.04	.1801	.8640	-1.8227	1.6340	-.41	.33
Subescala Fiestas y amigos	.11	.1811	.8687	-1.0457	1.8081	-.26	.49
Subescala Intolerancia al aislamiento	-.19	.1801	.8636	-2.0000	1.4099	-.56	.18
Escala Impulsividad	-.12	.1855	.8897	-1.4634	1.8463	-.51	.26
Subescala impulsividad	-.05	.1726	.8280	-1.4057	1.4245	-.41	.31
Subescala Búsqueda de sensaciones	-.14	.2057	.9867	-1.3227	1.8912	-.57	.28
Escala Agresión	.27	.2257	1.0822	-2.0784	2.4967	-.19	.74

En el cuadro se observa que las medias para todas las escalas y subescalas se encuentran en el rango de $\pm 1 z$, lo que quiere decir que los valores encontrados en las escalas y subescalas del test son similares a los esperados en la población de referencia para el sexo y grupo de edad. A continuación se presenta un análisis para cada una de las escalas y subescalas del test.

Neuroticismo- ansiedad

Esta escala se refiere a estar frecuentemente preocupado, tenso, disgustado, ser miedoso, indeciso, faltado de autoconfianza y muy sensible a las críticas. Se integra por 19 reactivos. La media para la muestra en general fue de $z=-2$ con DS de 1.04, la Figura 2 muestra la distribución de la variable.

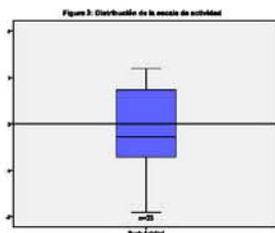


Se observa que el 50% de la muestra tiene calificaciones inferiores a la media poblacional, mientras que la mitad restante tiene calificaciones superiores a esta.

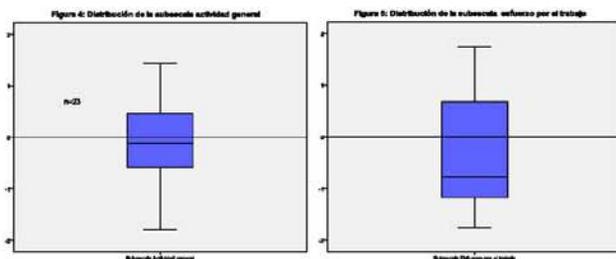
Actividad.

La escala de actividad consta de 17 reactivos y se subdivide en dos subescalas, la primera, *Actividad General*, describe la necesidad de tener una actividad general continua y la incapacidad para descansar cuando no hay nada por hacer. La segunda subescala, *Esfuerzo por el Trabajo*, mide la preferencia por trabajos desafiantes y difíciles, así como un alto grado de energía para trabajar y hacer varias tareas a la vez.

La media para la muestra general fue de -19 DS $.96$. En la figura 3 se puede ver la distribución de esta escala. Se puede apreciar que la mediana de la muestra se encuentra un poco por debajo de la media para la población general.



Por otro lado, las figuras 4 y 5 nos muestran la distribución para las subescalas de actividad general y esfuerzo en el trabajo.

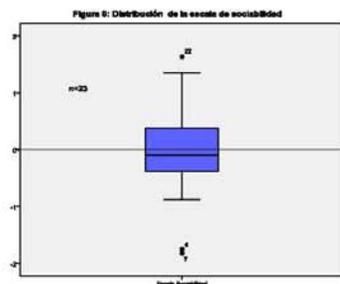


Puede verse que si bien la distribución en ambas subescalas es bastante similar, la mediana para la subescala de esfuerzo en el trabajo es más baja que la de actividad general.

Sociabilidad.

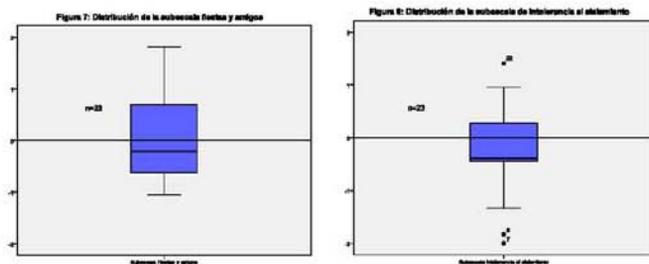
La escala de sociabilidad se integra por 17 reactivos y se divide en dos subescalas, la primera Fiestas y Amigos, pregunta acerca de los amigos que se tienen, el tiempo que se pasa con ellos y el gusto por asistir a fiestas y reuniones sociales. La segunda, Intolerancia al Aislamiento, indica la preferencia por la compañía de otros en contraste a estar solo y realizar actividades solitarias.

La media de la muestra general fue de $-.04$ con DS $.86$. La figura 6 muestra la distribución para esta variable.



Como puede verse, la mediana de la muestra se encuentra un poco debajo de la de la población de referencia, es importante resaltar, que en este caso, tres pacientes obtuvieron puntuaciones atípicas, sin embargo se encuentran dentro rango de $\pm 2 z$.

Las figuras 7 y 8 nos muestran la distribución para las subescalas de Fiestas y amigos e Intolerancia al aislamiento.



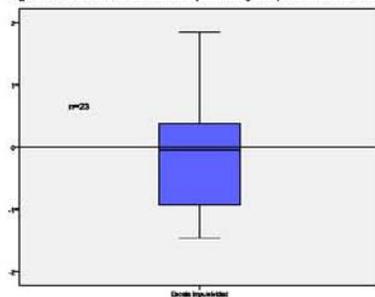
Se puede ver que la mediana del grupo para la subescala de Intolerancia al aislamiento es más baja respecto a la mediana de la población general que la mediana de la subescala de fiestas y amigos, además es importante resaltar que las calificaciones atípicas en la escala las provocan las calificaciones en la subescala de Intolerancia al aislamiento.

Impulsividad y Búsqueda de sensaciones.

La escala de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones se integra por 19 reactivos y comprende dos subescalas. La subescala Impulsividad se refiere a la falta de planificación y a la tendencia a actuar sin pensar. La subescala Búsqueda de Sensaciones describe la necesidad general de aventura y excitación, la preferencia por situaciones y amigos impredecibles, y la voluntad de asumir riesgos por el mero hecho de vivirlos.

La media de la muestra general fue de .12 con DS .89. En la figura 9 se puede ver la distribución de la escala.

Figura 9: Distribución de la escala de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones



Se observa que la mediana para la muestra es muy cercana a la mediana para la población de referencia, sin embargo se encuentra una mayor variabilidad en los puntajes por encima de la media poblacional que en aquellos por debajo de la misma.

Las figura 10 y 11 nos muestran la distribución para la subescala de Impulsividad y la de Búsqueda de sensaciones.

Figura 10: Distribución de la subescala búsqueda de sensaciones

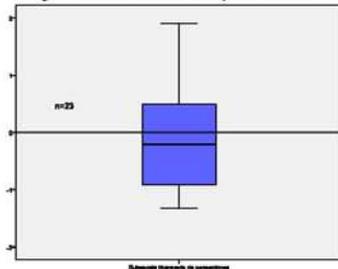
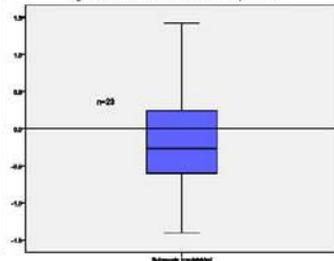


Figura 11: Distribución de la subescala impulsividad

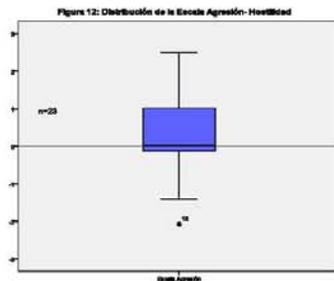


Se puede ver que la distribución para la escala de Búsqueda de sensaciones es más amplia que para la escala de impulsividad

Agresividad –Hostilidad.

La escala de Agresividad-Hostilidad se compone por 17 reactivos, en ella se manifiesta la predisposición a expresar agresividad verbal, tener un comportamiento grosero y descuidado con los demás, antisocial, dispuesto a la venganza y a la impaciencia con los otros.

La media para la muestra general fue de .27 con DS 1.08. En la figura 12 se puede ver la distribución de esta variable.



Se puede ver que si bien la mediana se encuentra muy cercana a la poblacional, la distribución es más amplia que en el caso de las demás variables analizadas, presentándose puntajes por arriba y por debajo del rango de $\pm 2z$.

Pacientes con puntajes fuera de rango:

Se realizó un análisis de aquellos pacientes cuyos puntajes en alguna de las escalas y subescalas del instrumento se encontraban más allá del rango de $\pm 2z$. En el cuadro 2 puede verse la frecuencia para cada una de las escalas y subescalas del instrumento.

	Dentro del rango		Fuera del rango	
	n	%	N	%
Escala Neuroticismo- Ansiedad	22	95,7	1	4,3
Escala Actividad	23	100	0	0
Subescala Actividad general	23	100	0	0
Subescala Esfuerzo por el trabajo	23	100	0	0
Escala Sociabilidad	23	100	0	0
Subescala Fiestas y amigos	23	100	0	0
Subescala Intolerancia al aislamiento	23	100	0	0
Escala Impulsividad	23	100	0	0
Subescala impulsividad	23	100	0	0
Subescala Búsqueda de sensaciones	23	100	0	0
Escala Agresión	20	87	3	13

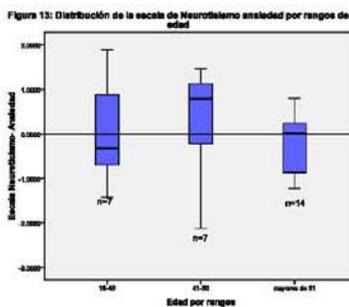
Como puede verse, sólo las escalas de Neuroticismo y ansiedad y Agresión presentan pacientes fuera del rango de $\pm 2z$. La primera con 1 paciente y la segunda con 3.

Análisis de las escalas por rangos de edad

Para realizar un análisis por rangos de edad, se dividió la muestra en tres rangos, los pacientes entre 18 y 40 años, entre 41 y 50 años y los mayores a 51 años, a continuación se presentan las distribuciones para cada una de las escalas y subescalas del instrumento en estos grupos.

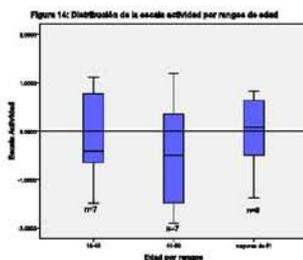
Neurotismo –Ansiedad

En la figura 13 se aprecia la distribución de la escala de Neurotismo- Ansiedad para cada uno de los rangos de edad. Se aprecia que la distribución es más amplia para los sujetos de 41 a 50 años, así mismo, se puede ver que más del 50% de los sujetos en este grupo presentan respuestas por arriba de la media poblacional.



Actividad

En el caso de la escala de actividad la figura 14 nos muestra la distribución de esta variable por cada rango de edad.



Al igual que en la escala anterior se aprecia que la distribución para el rango de edad de 41 a 50 es más amplia que en los otros dos grupos. Aunque es importante resaltar que en este caso más del 50% del grupo presenta calificaciones inferiores a la media poblacional.

Las figuras 15 y 16 nos muestran la distribución de las subescalas Actividad general y Esfuerzo en el trabajo.

Figura 15: Distribución de la subescala de Actividad general por rangos de edad

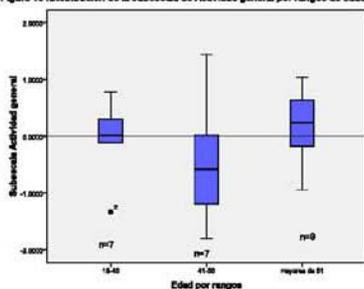
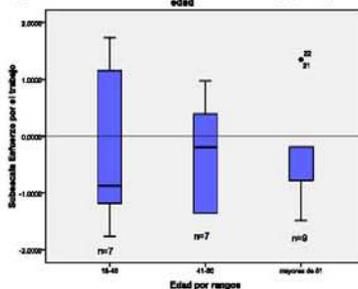


Figura 16: Distribución de la subescala Esfuerzo en el trabajo por rangos de edad

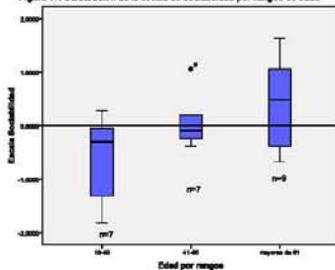


Al analizar las figuras se puede observar que en el caso de la subescala de Actividad general, el grupo de edad de 41 a 50 tiene una distribución más amplia que los otros dos, además de que casi el 75% de los pacientes en el grupo tienen calificaciones por debajo de la media poblacional. Con respecto a la subescala de esfuerzo en el trabajo, se puede resaltar que en el caso del grupo de mayores de 50 casi la totalidad de pacientes obtienen calificaciones por debajo de la media poblacional, con excepción de 2 que se señalan como casos atípicos.

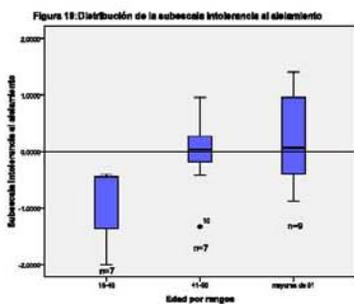
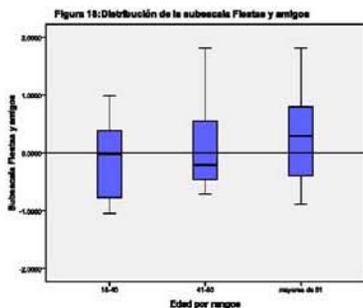
Sociabilidad

En el caso de la escala de sociabilidad, más de tres cuartas partes del grupo de entre 18 y 40 obtienen calificaciones por debajo de la media poblacional, mientras más dos terceras partes del grupo de mayores de 51 las obtienen por encima de la misma, esto puede verse en la figura 17.

Figura 17: Distribución de la escala de sociabilidad por rangos de edad

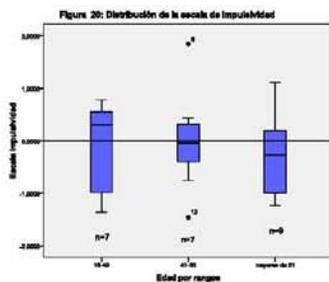


En el caso de las subescalas de Fiestas y amigos e Intolerancia al aislamiento se puede resaltar que la totalidad del rango entre 18 y 40 años obtiene calificaciones por debajo de la media poblacional en intolerancia al aislamiento.



Impulsividad y Búsqueda de sensaciones.

En el caso de la escala de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones se puede observar que en el caso del grupo de edad de más de 51 la distribución es más amplia que en los otros dos grupos. (Ver figura 20)



En el caso de las subescalas es interesante resaltar que la mayoría de los pacientes mayores de 51 años obtienen puntuaciones por debajo de la media poblacional para la subescala de Búsqueda de sensaciones. De manera similar, la mayoría de este grupo obtiene puntuaciones bajas para la subescala de impulsividad, aunque en menor proporción que para la otra subescala.

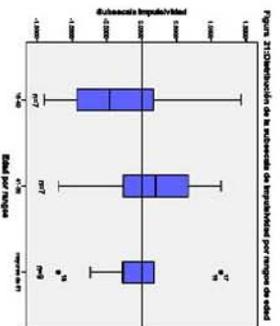
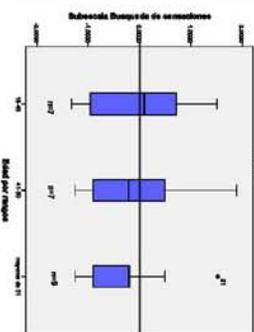


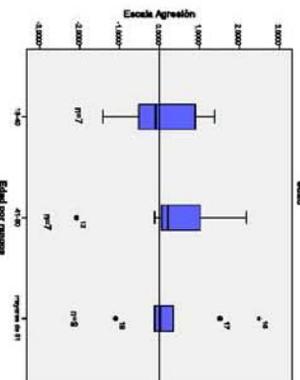
Figura 22. Distribución de la subescala Muestra de sensaciones por rangos de edad



Agresividad- Hostilidad

En el caso de la escala de Agresividad – Hostilidad se observan algunas cosas interesantes, en primer lugar las puntuaciones del grupo de mayores de 51 se encuentran ndistribuidas de manera compacta alrededor de la media poblacional, sin embargo, en este grupo se presentan algunos casos atípicos que obtienen puntuaciones incluso fuera del rango de ± 2 z. Por otro lado, es interesante resaltar que casi la totalidad de pacientes de entre 41 y 50 presentan calificaciones por encima de la media poblacional.

Figura 23. Distribución de la escala de Agresividad- Hostilidad por rangos de edad



Diferencias en las variables por rango de edad.

Para determinar si las diferencias encontradas en las calificaciones de las diferentes escalas y subescalas del ZKQ, mostraban diferencias significativas se aplicó una prueba de Kruskal Wallis. La prueba de Kruskal Wallis es una prueba estadística no paramétrica que permite determinar si existen diferencias significativas entre más de dos grupos. Se decidió el uso de esta prueba debido a que no se cumplen los supuestos de la estadística paramétrica. Ya que debido a las características de la población no se usó un muestreo aleatorio, además de que el número de observaciones es pequeño, lo que puede afectar los resultados de una prueba paramétrica, al no respetarse el supuesto de distribución normal.

El cuadro 3 presenta los resultados del análisis, se señalan con asterisco aquellos casos donde se encontraron diferencias significativas con un α de .05.

Cuadro 3: Resultados de la prueba Kruskal Wallis para la escala de Neuroticismo y ansiedad

por rangos de edad			
	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Escala Neuroticismo- Ansiedad	1.59	2.00	0.45
Escala Actividad	0.49	2.00	0.78
Subescala Actividad general	2.08	2.00	0.35
Subescala Esfuerzo por el trabajo	0.24	2.00	0.89
Escala Sociabilidad	2.73	2.00	0.26
Subescala Fiestas y amigos	0.75	2.00	0.69
Subescala Intolerancia al aislamiento	9.63*	2.00	0.01*
Escala Impulsividad	0.12	2.00	0.94
Subescala impulsividad	1.10	2.00	0.58
Subescala Búsqueda de sensaciones	0.09	2.00	0.96
Escala Agresión	0.45	2.00	0.80

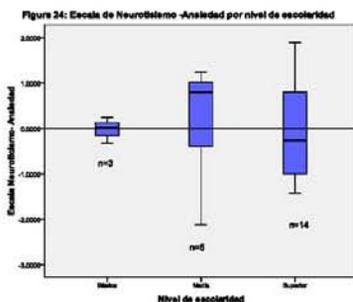
Puede verse que sólo se encuentran diferencias significativas para el caso de la subescala de intolerancia al aislamiento, en este caso se puede inferir que las diferencias las provoca el grupo de entre 18 y 40, quienes en su totalidad tienen calificaciones por debajo de la media poblacional.

Análisis de las escalas por nivel de escolaridad.

Se realizó un análisis por niveles de escolaridad, para ello, la muestra se dividió en tres grupos: Básica, Medio y Superior, a continuación se presenta un análisis de la distribución para las escalas y subescalas de la prueba.

Neuroticismo- Ansiedad.

La figura 24 nos muestra la distribución de la escala de Neuroticismo- ansiedad para los tres grupos de escolaridad. Se puede observar, que mientras para los de educación básica la distribución tiene poca variabilidad y se agrupa alrededor de la media poblacional, en el caso de los pacientes con escolaridad superior la distribución presenta una mayor variabilidad.



Actividad.

Es importante resaltar que en el caso de la escala de actividad la totalidad de pacientes con escolaridad básica y un alto porcentaje de los de escolaridad media obtienen calificaciones por debajo de la media poblacional. (Ver figura 25)

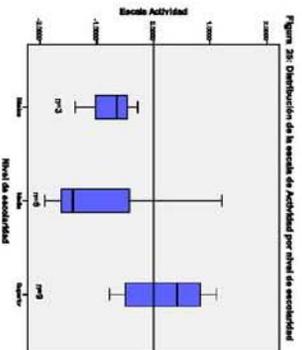


Figura 26: Distribución de la escala de Actividad por nivel de escolaridad

Ahora bien con respecto a las subescalas de Actividad General y Esfuerzo por el trabajo, se puede ver que se observa una tendencia similar, pero más marcada en el caso de esfuerzo por el trabajo, donde además se puede observar una distribución más amplia para los sujetos con educación superior. (Ver figuras 26 y 27)

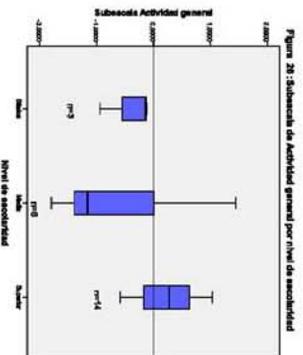


Figura 28: Subescala de Actividad general por nivel de escolaridad

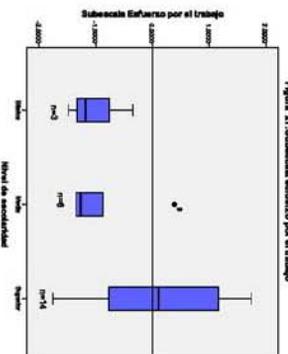
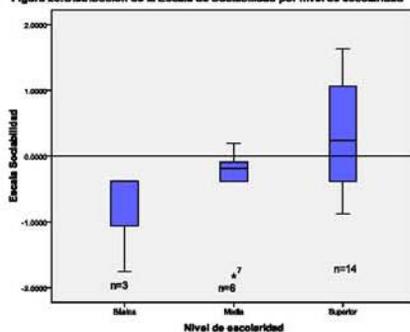


Figura 27: Subescala esfuerzo por el trabajo

Sociabilidad.

La figura 28 presenta la distribución de la escala de sociabilidad para los tres niveles de escolaridad. En ella se observa que la totalidad de pacientes con escolaridad básica y la mayoría de los de escolaridad media obtienen puntuaciones por debajo de la media poblacional, en contraste con los de escolaridad alta donde casi dos terceras partes de la población obtienen calificaciones por encima de la media poblacional.

Figura 28: Distribución de la Escala de Sociabilidad por nivel de escolaridad



Las figuras 29 y 30 presentan la distribución para las subescalas de Fiestas y amigos e Intolerancia al aislamiento.

Figura 29: Distribución de la subescala Fiestas y amigos por rangos de escolaridad

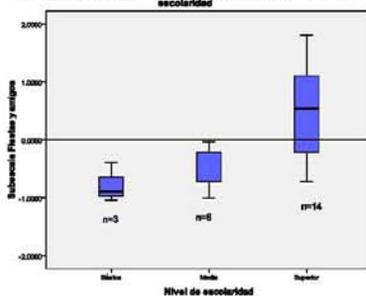
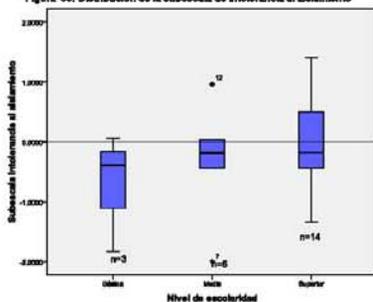


Figura 30: Distribución de la subescala de Intolerancia al aislamiento

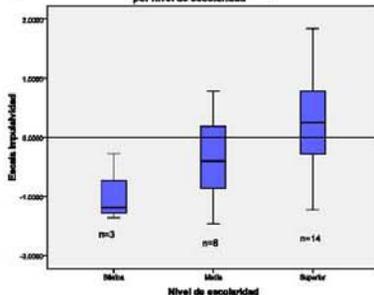


Se puede ver que se conserva la misma tendencia en las subescalas que en la escala general, donde las escolaridades Básica y Media, obtienen en su totalidad puntuaciones por debajo de la media poblacional para ambas subescalas.

Impulsividad y Búsqueda de sensaciones.

Como puede verse en la figura 31, la totalidad de pacientes con escolaridad Básica y la mayoría de los de escolaridad media obtienen calificaciones por debajo de la media poblacional

Figura 31: Distribución de la escala Impulsividad y Búsqueda de sensaciones por nivel de escolaridad



Una tendencia similar se observa para las subescalas de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones, sin embargo, en la subescala de impulsividad se observa para la escolaridad media se presenta una menor variabilidad en los puntajes de la escala de impulsividad.

Figura 32: Distribución de la subescala de impulsividad por nivel de escolaridad

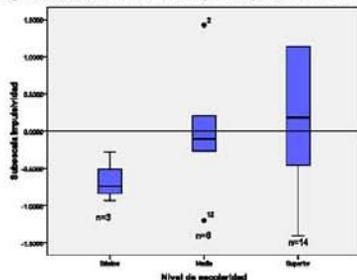
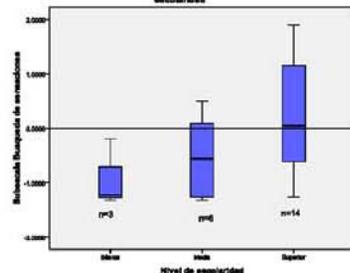


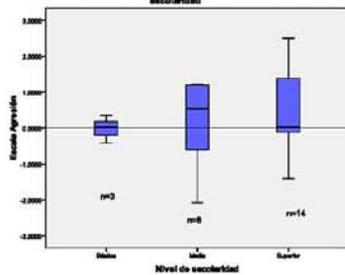
Figura 33: Distribución de la subescala Búsqueda de sensaciones por nivel de escolaridad



Agresión y Hostilidad.

En la escala de Agresión- Hostilidad la mayor parte de los pacientes con escolaridad Media obtienen puntajes por encima de la media poblacional, mientras en el caso de los pacientes con escolaridad superior, el porcentaje de pacientes con puntajes superiores a la media poblacional es un poco más de la mitad, pero su distribución es más amplia.

Figura 34: Distribución de la escala de Agressividad - Hostilidad por nivel de escolaridad



Diferencias en las variables por nivel de escolaridad.

Para determinar si las diferencias encontradas en las calificaciones de las diferentes escalas y subescalas del ZKPQ mostraban diferencias significativas se aplicó una prueba de Kruskal Wallis. El cuadro 4 presenta los resultados del análisis, se señalan con asterisco aquellos casos donde se encontraron diferencias significativas con un α de .05.

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Escala Neuroticismo- Ansiedad	0.77	2.00	0.68
Escala Actividad	6.21	2.00	0.04*
Subescala Actividad general	5.08	2.00	0.08
Subescala Esfuerzo por el trabajo	7.58	2.00	0.02*
Escala Sociabilidad	5.26	2.00	0.07
Subescala Fiestas y amigos	8.84	2.00	0.01*
Subescala Intolerancia al aislamiento	0.52	2.00	0.77
Escala Impulsividad	4.75	2.00	0.09
Subescala impulsividad	2.59	2.00	0.27
Subescala Búsqueda de sensaciones	4.23	2.00	0.12
Escala Agresión	0.21	2.00	0.90

Se puede observar que se encuentran diferencias significativas en la escala de actividad ($H=6.21$ $p=.04$), la subescala de esfuerzo por el trabajo ($H=7.58$ $p=.02$) y la subescala de fiestas y amigos ($H=8.84$ $p=.01$). En estas tres escalas las diferencias se generan en los pacientes con educación superior en contraste con los otros dos.

Es importante señalar que las escalas de Sociabilidad y la de impulsividad, así como la subescala de de Actividad general, muestran valores en la prueba que se encuentran cerca de ser significativos.

Relaciones entre las escalas del ZKPQ.

Para conocer si existía relación entre las escalas y subescalas del instrumento en la población estudiada se aplicó una correlación por rangos de Spearman. La correlación Rho de Spearman es una prueba de estadística no paramétrica que permite determinar el valor de la correlación entre dos variables cuando no se cumplen con los supuestos de la estadística paramétrica. A continuación se presentan los resultados de este estudio, se marcan en gris aquellas correlaciones que resultaron significativas.

	Escala Actividad	Subescala Actividad general	Subescala Esfuerzo por el trabajo	Escala Sociabilidad	Subescala Fiestas y amigos	Subescala Intolerancia al aislamiento	Escala Impulsividad	Subescala Impulsividad	Subescala Búsqueda de sensaciones	Escala Agresión
Escala Neuroticismo o Ansiedad	-.089	.009	-.208	-.207	-.070	-.126	.281	.406	.115	.435
	.685	.967	.341	.343	.749	.568	.194	.054	.603	.038
Escala Actividad	1.000	.845	.870	.398	.541	.074	.428	.310	.413	.164
		.000	.000	.060	.008	.737	.042	.150	.050	.456
Subescala Actividad general		1.000	.519	.187	.341	.006	.371	.309	.272	.186
			.011	.393	.111	.978	.082	.151	.209	.395
Subescala Esfuerzo por el trabajo			1.000	.557	.631	.176	.342	.223	.381	.093
				.006	.001	.422	.111	.305	.073	.672
Escala Sociabilidad				1.000	.850	.723	.214	.085	.293	.025
					.000	.000	.327	.699	.175	.910
Subescala Fiestas y amigos					1.000	.329	.535	.293	.572	.193
						.126	.008	.174	.004	.377
Subescala Intolerancia al aislamiento						1.000	-.096	.004	-.027	.063
							.663	.986	.902	.774
Escala Impulsividad							1.000	.689	.900	.572
								.000	.000	.004
Subescala Impulsividad								1.000	.363	.660
									.089	.001
Subescala Búsqueda de sensaciones									1.000	.403
										.056

Además de las correlaciones esperadas entre las escalas y las subescalas que las conforman, se puede observar que existe una correlación directamente proporcional de magnitud baja entre las escalas de agresión e impulsividad. Además la escala de actividad muestra correlaciones de magnitud baja y directamente proporcional con la subescala de fiestas y amigos, la escala de impulsividad y la subescala de búsqueda de sensaciones. La subescala de esfuerzo por el trabajo muestra relaciones directamente proporcionales y de magnitud media con la escala de sociabilidad y la subescala de fiestas y amigos. La subescala de fiestas y amigos muestra correlaciones de magnitud media con la escala de impulsividad y subescala de búsqueda de sensaciones. Para terminar, tanto la escala de impulsividad como la subescala de impulsividad muestran relaciones de magnitud media con la escala de agresividad- hostilidad.

Conclusiones.

Luego del análisis del estudio, podemos señalar como el grupo de estudio tiene un comportamiento similar a la población general, luego de la estandarización de resultados, no se encontró alguna escala del instrumento fuera de las 2 desviaciones estándar o típicas. Además, existen tendencias

a pesar de un comportamiento similar a la población general, la escala de Actividad tiende a puntuar en forma negativa, así como sus dos subescalas, (Actividad General y Esfuerzo por el trabajo), siendo más evidente la tendencia a puntuar negativamente en la subescala de esfuerzo por el trabajo. La escala de sociabilidad también puntuó negativamente, sin embargo en una de las subescalas, (fiestas y amigos), la tendencia es puntuar positivamente. La escala de impulsividad de igual forma tiende a puntuar en forma negativa, las dos subescalas, (Impulsividad y Búsqueda de sensaciones), también puntuando en forma negativa, siendo más evidente la tendencia en Búsqueda de sensaciones. Finalmente la escala de Agresión tiende a puntuar positivamente.

Respecto a la relación con los rangos de edad expuestos, Las escalas de Neuroticismo-Ansiedad y Actividad, tienden a mostrarse más elevada en el subgrupo de 41 a 50 años. La subescala de esfuerzo por el trabajo resalta en mayores de 50 años. La escala de Sociabilidad tiende a resaltar en el grupo de 18 a 40 años, puntuando negativamente y en el grupo de mayores a 51 años, puntuando positivamente en forma de una tendencia. En las subescalas de fiestas y amigos e intolerancia al aislamiento puntúan negativamente en el grupo de 18 a 40 años. En la escala de Impulsividad y búsqueda de sensaciones el grupo de 51 años presenta una distribución más amplia en sus puntajes que los otros grupos, los mayores de 51 años obtiene puntuaciones negativas en la subescala de impulsividad. Agresividad-Hostilidad, las puntuaciones del grupo mayor a 51 años tienden a destacar, sin embargo mantienen la tendencia de la población general.

Las diferencias significativas encontradas en el instrumento considera sólo la subescala de intolerancia al aislamiento. Respecto al análisis de escolaridad, sólo se encontraron datos significativos sólo en el grupo de educación superior y respecto a las escalas Actividad, esfuerzo por el trabajo, fiestas y amigos.

De igual forma hay relaciones en las diferentes escalas del instrumento, significativas para la relación entre actividad Y Fiestas y amigos, Impulsividad y Búsqueda de sensaciones. Neuroticismo-Ansiedad con Agresión. Esfuerzo por el trabajo con sociabilidad y fiestas y amigos. Fiestas y amigos con impulsividad y búsqueda de sensaciones. Impulsividad con agresión.

Podemos entonces resaltar que la patología reumatológica no condiciona como otros estudios han señalado, relacionado a factores estructurales propios de la patología, cambios preferenciales en este grupo de pacientes en su personalidad. Más bien parecieran responder al contexto de interacción entre el intrapsiquismo individual y su comportamiento ante un ambiente condicionante.

ANEXOS:

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo:

DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, SEGÚN EL MODELO DE LOS CINCO GRANDES, EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO DENTRO DE LA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE", ISSSTE.

Investigador principal: Dr. Rafael Chong Avalos.

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.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Buscamos describir los rasgos de personalidad más comunes en los pacientes que cursan con Lupus Eritematoso; generando un mejor pronóstico e influyendo en la adherencia y respuestas terapéuticas. Considerando que como individuos tenemos emociones, conductas y pensamientos que conforman una estructura de personalidad, este estudio al objetivar los más comunes, evaluará los rasgos maladaptativos que no permitan un pronóstico favorable del Lupus Eritematoso

OBJETIVO DEL ESTUDIO

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 lupus eritematoso, una comorbilidad con un trastorno de personalidad evaluado a nivel dimensional, para poder estar más en contacto entre Psiquiatría y Reumatología, para poder dar un mejor servicio médico a los pacientes.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

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

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

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*

ACLARACIONES

- 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, -aun 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 atención médica correspondiente 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 apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Investigador responsable: Dr. Rafael Chong Avalos, Tel 52003519, @mail: rafaelchong@hotmail.com.

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

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 decirselo | 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 cuela 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 escalofrantes	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 periodo 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

Bibliografia:

1. Moran MG. Psychiatric aspects of rheumatology. *Psychiatr Clin North Am.* 1996 Sep; 19(3):575-587.
2. Salaffi F, Bazzichi L, Stancati A, Neri R, Cazzato M, Consensi A, Grassi W, Bombardieri S. Development of a functional disability measurement tool to assess early arthritis: the Recent-Onset Arthritis Disability (ROAD) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol.* 2005 Sep-Oct; 23(5):628-636.
3. Dupond JL, Humbert P, Taillard C, de Wazieres B, Vuitton D. Relationship between autoimmune diseases and personality traits in women. *Presse Med.* 1990 Dec 22-29; 19(44):2019-2022.
4. Berlit P. Neuropsychiatric disease in collagen vascular diseases and vasculitis. *J Neurol.* 2007 May; 254 Suppl 2:1187-89.
5. Ferstl R, Niemann T, Biehl G, Hinrichsen H, Kirch W. Neuropsychological impairment in auto-immune disease. *Eur J Clin Invest.* 1992 Oct; 22 Suppl 1:16-20.

33. Philip EJ, Lindner H, Lederman L. Relationship of illness perceptions with depression among individuals diagnosed with lupus. *Depress Anxiety*. 2009; 26(6):575-582.
34. BRODY S. Psychological factors associated with disseminated lupus erythematosus. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. 1953 Jul; 70(1):119-20.
35. Colangelo KJ, Pope JE, Peschken C. The minimally important difference for patient reported outcomes in systemic lupus erythematosus including the HAQ-DI, pain, fatigue, and SF-36. *J Rheumatol*. 2009 Oct;36(10):2231-2237. Epub 2009 Sep 1.
36. Simonin C, Devos D, de Seze J, Charpentier P, Vaiva G, Goudemand M, Dubucquoi S, Hachulla E, Destée A, Defebvre L. Systemic lupus erythematosus presenting with recurrent psychiatric disturbances. *Rev Neurol (Paris)*. 2004 Sep; 160(8-9):811-816.
37. Wekking EM, Nossent JC, van Dam AP, Swaak AJ. Cognitive and emotional disturbances in systemic lupus erythematosus. *Psychother Psychosom*. 1991; 55(2-4):126-131.
38. Freire EA, Maia IO, Nepomuceno JC, Ciconelli RM. Damage index assessment and quality of life in systemic lupus erythematosus patients (with long-term disease) in Northeastern Brazil. *Clin Rheumatol*. 2007 Mar; 26(3):423-428. Epub 2007 Jan 10.
39. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI, Sabio-Sánchez JM, Coin MA, Robles-Ortega H, Hidalgo-Tenorio C, Ortego-Centeno N, Callejas-Rubio JL, Jiménez-Alonso J. Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2010; 79(2):107-115. Epub 2010 Jan 20.
40. Ishikura R, Morimoto N, Tanaka K, Kinukawa N, Yoshizawa S, Horiuchi T, Nakashima H, Otsuka T. Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. *Clin Rheumatol*. 2001; 20(6):394-400.
41. Mattje GD, Turato ER. Life experiences with Systemic Lupus Erythematosus as reported in outpatients' perspective: A clinical-qualitative study in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 Jul-Aug; 14(4):475-482.
42. Haupt M. Psychiatric disorders in rheumatic diseases, as exemplified by systemic lupus erythematosus (SLE). *Z Rheumatol*. 2004 Apr; 63(2):122-130.
43. Krause JS. Factors associated with risk for subsequent injuries after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004 Sep; 85(9):1503-1508.
44. Liang MH, Rogers M, Larson M, Eaton HM, Murawski BJ, Taylor JE, Swafford J, Schur PH. The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1984 Jan; 27(1):13-19.
45. Shiner RL. How shall we speak of children's personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychol Bull*. 1998 Nov; 124(3):308-332.
46. Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S. Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2007 Dec 21; 13(47):6414-6418.
47. Heine SJ, Buchtel EE. Personality: the universal and the culturally specific. *Annu Rev Psychol*. 2009; 60:369-394.
48. Prinzie P, Stams GJ, Deković M, Reijntjes AH, Belsky J. The relations between parents' Big Five personality factors and parenting: a meta-analytic review. *J Pers Soc Psychol*. 2009 Aug; 97(2):351-362.
49. Petersen T, Bottonari K, Alpert JE, Fava M, Nierenberg AA. Use of the five-factor inventory in characterizing patients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry*. 2001 Nov-Dec; 42(6):488-493.
50. Mann LS, Wise TN, Trinidad A, Kohanski R. Alexithymia, affect recognition, and the five-factor model of personality in normal subjects. *Psychol Rep*. 1994 Apr; 74(2):563-567.
51. Blais MA. Clinician ratings of the five-factor model of personality and the DSM-IV personality disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Jun; 185(6):388-93.
52. McAdams DP, Pals JL. A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *Am Psychol*. 2006 Apr; 61(3):204-17.
53. Steinmeyer EM, Klosterkötter J, Möller HJ, Sass H, Herpertz S, Czernik A, Marcea JT, Matakas F, Mehne J, Böttländer H, Hesse W, Steinbring I, Pukrop R. Personality and personality disorders I. Universality and sensitivity of dimensional personality models as diagnostic systems for personality disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2002 Dec; 70(12):630-40.
54. Booth JE, Schinka JA, Brown LM, Mortimer JA, Borenstein AR. Five-factor personality dimensions, mood states, and cognitive performance in older adults. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2006 Jul; 28(5):676-83.
55. Judge TA, Jackson CL, Shaw JC, Scott BA, Rich BL. Self-efficacy and work-related performance: the integral role of individual differences. *J Appl Psychol*. 2007 Jan; 92(1):107-27.

- 58.. Zweig-Frank H, Paris J. The five-factor model of personality in borderline and nonborderline personality disorders *Can J Psychiatry*. 1995 Nov; 40(9):523-6.
59. Minami Y, Sasaki T, Arai Y, Hosokawa T, Hisamichi S. Psychological profiles and health status in Japanese female patients with systemic lupus erythematosus: the Miyagi Lupus Collaborative Study. *J Epidemiol*. 2002 Mar; 12(2):55-63.
60. Barbosa F, Mota C, Alves M, Alcântara C, Rossiñol B, Patrício P, Barbosa A, Ferreira C. Alexithymia in systemic lupus erythematosus patients. *Ann N Y Acad Sci*. 2009 Sep; 1173:227-34.
61. Waterloo K, Omdal R, Husby G, Mellgren SI. Emotional status in systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol*. 1998;27(6):410-4.
62. Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI. *J Rheumatol*. Fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: the psychosocial aspects. 2003 Feb;30(2):283-7.
63. Omdal R, Waterloo K, Koldingsnes W, Husby G, Mellgren SI. *J Rheumatol*. Somatic and psychological features of headache in systemic lupus erythematosus. 2001 Apr; 28(4):772-9.
64. Kahana RJ & Bibring GL (1964). Personality types in medical management. In NE Zinberg (Ed.). *Psychiatry and medical practice in a general hospital* (pp. 108-123). New York International Universities Press.
65. Klein DN, Taylor EB, Harding K, et al. (1988). Double depression and episodic major depression: Demographic, clinical, familial personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am J Psychiatry* 145:1226-1231.
66. Mavissakalian M, Hamman MS, Jones B, (1990). A comparison of DSM III personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 31:238-244.
67. Noyes R, Reich J, Christiansen J, et al. (1990). Outcome of panic disorder: relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 47:809-818.
68. Pilkonis PA & Franck E, (1988). Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response. *AM J Psychiatry* 145:435-441.
69. Wetzler S, Kahn R, Cahn W, et al. (1990) Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatry Res* 31:179-192.
69. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155:1733-1739.
70. Kass F, Skodol AE, Charles E, et al. (1985). Scaled ratings of DSM-III Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 142:627-630.
71. Casey PR, Tyrer P, (1990) Personality disorders and psychiatric illness in general practice. *Br J Psychiatry* 156:261-265.
73. Reich J, Boerstler H, et al. (1989). Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. *Int J Psychiatry* 19:1-9.
74. Frances A, (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. *Compr Psychiatry* 23:516-527.
- 75a. Livesley WJ, (1985). The classification of personality disorder: 1. The choice of category concept. *Can J Psychiatry* 30:353-358.
- 75b. Livesley WF, (1986). Trait and behavioral prototypes of personality disorder. *Am J Psychiatry* 143:728-732.
76. Kaplan M, (1983). A woman's view of DSM-III. *Am Psychol* 38:786-792.
77. Presley AS, Watson JH (1973). Dimensions of abnormal personality. *Br J Psychiatry* 122:269-276.
78. Heumann KA, Morey LC (1990). Reliability of categorical and dimensional judgements of personality disorder. *Am J Psychiatry* 147:498-500.
79. O'Boyle M, Self D (1990). A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Res* 32:85-92.
80. Westen D, Arkowitz-Westen L (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 155:1767-1771.
81. Adler DA, Drake RE, Teague GB (1990). Clinician's practice in personality assessment: Does gender influence the use of DSM-III axis II? *Compr Psychiatry* 31:125-133.
82. George A, Soloff PH (1986). Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 143:212-215.
83. Reich J (1990). Relationship between DSM-III avoidant and dependent personality disorders *Psychiatry Res* 34:281-292.
84. Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, et al. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders: A preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 42:591-596.

85. Mellsop G, Varghese F, Joshua S, et al. (1982). The reliability of axis II of DSM-III. *AM J Psychiatry* 139:1360-1361.
86. Ford CV, King BH, Hollender MH,(1988). Lies and liars: Psychiatric aspects of prevarication. *Am J Psychiatry* 154:554-562.
87. Hyler SE, Reider RO (1984). *Personality Diagnostic Questionnaire revised, (PDQR)*. New York State Psychiatric Institute.
88. Vaillant GE (Ed.) (1986). *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
89. Hirschfeld RMA, Klerman GL, Clayton PJ, et al. (1983). Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *Am J Psychiatry* 140:695-699.
90. Libb JW, Stankovic S, Freeman A, et al. (1990). Personality disorders among depressed outpatients as identified by the MCMI. *J Clin Psychiatry* 46:277-284.
91. Gorton GE, Akhtar S (1994). The relationship between addiction and personality disorder: reappraisal and reflections. *Integrative Psychiatry* 10:158-198.
92. Reich J (1990). The effect of personality on placebo response in panic patients. *J. Nerv Ment Dis* 178:699-702.
93. Pilkonis PA and Frank E, (1988). Personality pathology in recurrent depression: Nature, prevalence, and relationship to treatment response. *Am J Psychiatry* 145:435-441.
94. Krahn DD, McKenzie TB (1984). Organic personality syndrome caused by insulin related nocturnal hypoglycemia. *Psychosomatics* 25:711-712.
95. O'Connor JF (1959). Psychoses associated with systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med* 51:526-536.
96. Omdal R, Husby G, Mellgren SI (1995). Mental health status in systemic lupus erythematosus. *Scand J Rheumatol* 24:142.
97. Denburg SD, Carbotte RM, Denburg JA, (1987). Cognitive impairment in systemic lupus erythematosus: a neuropsychological study of individual and group deficits. *J Clin Exp Neuropsychol* 9:323-339.
99. *Capítulo Personality Disorders in the Medical Setting*. Barry S Fogel, Alan Stoudemire. PP 443-456. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 2ª Ed, Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. Oxford University Press NY, USA, 2000.
100. *Capítulo Enfermedades del tejido conectivo*. Michael G. Moran. PP 889-894. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 2ª Ed, Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. Oxford University Press NY, USA, 2000.
101. *Capítulo 23, Lupus Eritematoso Sistémico*. Leonor Barile-Fabris, Daniel X. Xibillé Friedmann. Pp 247-264. *Martínez-Elizondo P. Introducción a la Reumatología*. 4ª edición. Fondo Editorial del Consejo Mexicano de Reumatología. México 208.
102. *Capítulo 4. Lupus Eritematoso Sistémico* Hannahs Hahn, Bevrá. PP 69-84. *Fauci, Antyhony. Harrison Reumatología*. 1ª edición en español. Ed MacGraw Hill, México, 2007.
103. Valero i Ventura, Sergei. *El modelo alternativo de los 5 grandes: estudios de fiabilidad y validez del Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire en población general y clínica*. Tesis Doctoral. Depto Psiquiatría y Medicina Legal. Fac de Medicina. Univ Autónoma de Barcelona. España, 2009.
104. Goma-i-Freixanet M, Valero S, Puntí J, Zuckerman M. Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 20, issue 2, pp 134-146. 2004.
105. Goma-i-Freixanet M, Valero S, Wismeijer AJ. Consensual Validity Parameters of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire: evidence from self-reports and spouse reports. *Journal of Personality Assessment*. 84(3), 279-286. 2005.
106. Goma-i-Freixanet M, Solr J, Valero S, Pascual JC, Pérez Sola V. Discriminant validity of the ZKPQ in a simple meeting BPD diagnosis vs normal range controls. *Journal of Personality Disorders*. 2008. 22(2). 178-190.
107. Goma-i-Freixanet M, Valero S, Muro A, Abiol S. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire. Psychometric Properties in a sample of the general population. *Psychological Reports*. 2008. 13. 145-856.
108. Widiger T. Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry* 2007;6:79-83
109. CIE-10, sección F60-F62, Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
110. *Capítulo Trastornos de la Personalidad*. López-Ibor Alfaro, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*, Barcelona: Masson.