

21° Congreso Internacional de Psiquiatría - AAP  
Premio Psiquiatría Clínica Dr. José Borda

## Factores de carácter y temperamento según el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger en una muestra de pacientes bipolares eutímicos de la ciudad de Buenos Aires

Daniela Bordalejo<sup>1</sup>, Oscar Boullosa<sup>1,2</sup>, Eliana Hadid<sup>1,2</sup>, Martín Puricelli<sup>1</sup>, Ester Romero<sup>1,2</sup>, Lucila Tannenhaus<sup>1,2</sup>, Alejandra Vieitez<sup>1,2</sup>, Gustavo Vázquez<sup>2</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18, N° 4, abril de 2014, págs. 263 a 295.

### Resumen

En la presente investigación se revisa el modelo psicobiológico de personalidad propuesto por C R Cloninger y se lo aplica al estudio y comparación de un grupo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar en eutimia, divididos en subgrupo Bipolar I y subgrupo Bipolar II, versus un grupo equivalente de controles sanos sin diagnóstico psiquiátrico (véanse más adelante los criterios de inclusión y exclusión).

Luego de analizar los datos con diversas técnicas estadísticas, se encontró que los subgrupos de pacientes presentaron disminu-

ción en valores correspondientes al ítem Dependencia de la Recompensa (RD) de la dimensión del temperamento y de las variables del carácter correspondientes a Autodirección y Cooperatividad en comparación con los controles.

Un segundo análisis de los datos con técnica de regresión logística mostró que niveles decrecientes de las variables Búsqueda de Novedad (Novelty Seeking) y Persistencia resultan predictores de las tentativas de suicidio en el grupo de pacientes bipolares. Los presentes hallazgos resultan de utilidad para avanzar sobre los conocimientos sobre esta patología compleja y resultan trascendentes en aspectos relacionados con el pronóstico y el manejo de las complicaciones a lo largo de la evolución.

---

1 Centro Interdisciplinario en Neuropsiquiatría (CINeP). Azcuénaga 1077 3B, CABA. Tel: 4823-9347 y 4821-6762.

2 Centro de Investigación en Neurociencia y Neuropsicología Clínicas de la Universidad de Palermo  
Área: Clínica Psiquiátrica

## Introducción

*"Por consiguiente, llegamos a la conclusión de que hay ciertos temperamentos que pueden considerarse los esbozos de la psicosis manícodepresiva. Pueden estar presentes durante toda la vida como formas peculiares de la personalidad psíquica sin un desarrollo adicional; pero también pueden llegar a ser el punto de partida de un proceso mórbido que se desarrolla en condiciones peculiares y cuyo curso se caracteriza por crisis aisladas".* Emil Kraepelin, "Maniac Depressive Insanity".

El concepto moderno de temperamento afectivo tiene sus orígenes en las teorías humorales descritas por Hipócrates en el *Hippocraticum Corpus* durante los primeros tiempos de la medicina en la época griega antigua.

Aunque el concepto de temperamento relacionado con trastornos afectivos fue discutido posteriormente por diferentes autores como Robert Burton, Andre du Laurens y Alexander Haindorf entre otros, es el psiquiatra alemán Emil Kraepelin quien describe por primera vez los cuatro tipos de temperamentos básicos: depresivo, maníaco, ciclotímico e irritable. Kraepelin basa su hipótesis temperamental en las obras clásicas de Galeno (alrededor de 200 AC), quien había descrito anteriormente el melancólico, el colérico, el fleumático y el sanguíneo en su teoría de los humores, y considerado su desequilibrio y desbalance como el principal origen de las diferentes enfermedades humanas. Para cada uno de los temperamentos de la clásica teoría humoral se corresponde una forma contemporánea. Así el sanguíneo se expresa como el temperamento hipertímico, el melancólico como distímico y el colérico como irritable. El temperamento ciclotímico fue agregado por

Kraepelin y combina elementos de los anteriores con un patrón de oscilaciones periódicas alternantes.

Para Kraepelin la enfermedad mental surge a partir de la presencia de una predisposición individual que compromete tanto factores genéticos como constitucionales. Para él, los pacientes maníaco-depresivos suelen tener una personalidad previa muy parecida al cuadro clínico pero de menor intensidad. Es así que conceptualiza al temperamento como un estado premórbido de la patología mental y considera estos temperamentos afectivos básicos como las formas subclínicas o «formas frustras» de la locura maníaco-depresiva, aclarando que los mismos se podían encontrar no sólo en los pacientes con enfermedades mentales sino también en sus familiares. Desde este modelo se considera básicamente la distimia y la ciclotimia como una expresión subafectiva y/o precursora de la depresión mayor y del trastorno bipolar, respectivamente.

Tanto Kraepelin como su colega alemán Ernst Kretschmer consideraban que los temperamentos afectivos podían predisponer a las psicosis endógenas o a los episodios afectivos. Sin embargo, es este último autor quien postula que la presencia de un temperamento dominante debe considerarse una variación de la afectividad normal que puede dar lugar a la enfermedad mental.

En la actualidad, los temperamentos se refieren al comportamiento temporalmente estable con una fuerte reactividad afectiva y se asocian con la base biológica de la personalidad, tales como los niveles de actividad, ritmos, estados de ánimo, la cognición, y su variabilidad. El temperamento podría ser descrito como la disposición que tiene el individuo a determinados patrones de reactividad

emocional, oscilaciones afectivas y niveles de sensibilidad ante los estímulos.

En el modelo desarrollado por Akiskal, los temperamentos son considerados como procesos intermedios entre la predisposición genética, los factores del desarrollo, el género y estresores de un lado y los episodios clínicos de depresión en el otro. Akiskal y colaboradores describen cinco diferentes temperamentos afectivos: ciclotímico, distímico, irritable, hipertímico y ansioso.

La hipótesis de que el temperamento puede predisponer a los individuos al desarrollo de psicopatología manifiesta ha sido confirmado por varios estudios clínicos contemporáneos. Tanto la investigación clásica como la actual muestra cómo los temperamentos afectivos pueden ser herramientas válidas para identificar la vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo.

Algunos autores postulan que el temperamento afectivo no sólo podría tener un papel relevante en la predisposición para los trastornos afectivos mayores, sino que también representaría la expresión fenotípica más prevalente de los genes que subyacen a los trastornos bipolares.

Este postulado se demuestra, también, a través de estudios realizados con familiares clínicamente sanos de pacientes bipolares que confirman que los mismos presentan niveles más altos de rasgos temperamentales que los controles normales.

En nuestro trabajo, nos interesa especialmente la hipótesis de Robert Cloninger en cuanto a que postula que no todos los bipolares presentan un mismo patrón de personalidad, sino que comparten un rasgo más específico que representa la expresión de comportamiento de una diátesis genético-neuroquímica del trastorno. En este modelo, la relación entre personalidad y trastornos afecti-

vos es compleja, puesto que la variación subyacente es multidimensional y cuantitativa. El punto básico es que el perfil de comportamiento de cada configuración caracterial se puede explicar como diferentes tipos concretos o como la interacción no lineal de tres dimensiones independientes de carácter. Este modelo tiene mayor potencia explicativa al predecir un patrón no independiente de similitudes y diferencias parciales observadas entre los síndromes y al permitir que haya una variedad ilimitada de clases intermedias. En cambio, la idea de que cada síndrome represente un trastorno particular no es estadísticamente posible y estimula la proliferación de etiquetas y criterios alternativos de trastornos no confirmados.

Cloninger desarrolló un instrumento que permite medir, no sólo el temperamento sino también el carácter. Su modelo de personalidad intenta integrar el substrato biológico de la personalidad con el desarrollo producido por la experiencia y el aprendizaje socio-cultural. Para ello, desarrolló el cuestionario del temperamento y carácter (Temperament and Character Inventory, TCI), basado en un modelo psicobiológico de personalidad que presupone que ésta deriva de la interacción dinámica entre cuatro rasgos del temperamento y tres del carácter.

Los rasgos de temperamento representan respuestas emocionales básicas, que se manifiestan precozmente en la vida y son estables durante la existencia del individuo, en su mayoría heredadas y que no se modifican a través de los procesos de aprendizaje. Las dimensiones temperamentales son:

1) Búsqueda de la novedad (*novelty seeking*) (NS) o la tendencia hereditaria hacia la búsqueda de excitación e interés por los estímulos novedosos. Este rasgo está mediado por la dopamina que actúa en el sistema de acti-

vación conductual o sistema de recompensa, que a su vez se asocia con un patrón de respuesta fisiológica del despertar, aumentando la frecuencia cardíaca y disminuyendo el umbral de sensación. Estas personas serían impulsivas, excitables, curiosas y entusiastas.

2) Evitación del daño (*harm avoidance*) (HA) es la tendencia hereditaria a responder intensamente a señales de estímulos adversos estimulando el sistema de inhibición conductual, probablemente a través de la serotonina; ejerce una influencia moduladora sobre la respuesta de búsqueda de la novedad (NS). Los sujetos con valores altos en esta dimensión desarrollan respuestas condicionadas de evitación ante estímulos aversivos, lo que hace que sean personas cautelosas, aprensivas y temerosas.

3) Dependencia de la recompensa (*reward dependence*) (RD) es la tendencia a responder intensamente a estímulos o señales de recompensa y a mantener la conducta previamente asociada con dicha recompensa. Esta respuesta está mediada por la noradrenalina en el sistema de mantenimiento o persistencia conductual (*Behavioural maintenance*). Tiene que ver con el refuerzo social y la sensibilidad a los estímulos sociales y al malestar por la separación del grupo.

4) Persistencia implica una tendencia neurobiológica a mantener conductas en condiciones de extinción. Es decir, la capacidad del organismo de seguir emitiendo conductas asociadas al refuerzo a pesar de la desaparición de éste. Estaría asociada a la transmisión serotoninérgica y a los circuitos orbitofrontales.

En cuanto a los rasgos de carácter (autodirección, capacidad de cooperación y autotranscendencia) serían un conjunto de características que se van estructurando a lo largo del desarrollo a través de mecanismos socio-

culturales aprendidos, como valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias. Representan conceptos sobre el yo y las relaciones personales que están regulados por procesos cognitivos superiores que se desarrollan durante la vida.

Por definición, los mismos son progresivos y dependen de las experiencias exclusivas y múltiples que un individuo tiene durante la vida. Si el temperamento es una disposición biológica, el carácter depende de las experiencias del sujeto (Cloninger, et al., 1993). Robert Cloninger utiliza el término de carácter para referirse a las diferencias individuales en las relaciones entre uno mismo y los objetos, que se desarrollan en etapas a consecuencia de interacciones no lineales entre el temperamento, el ambiente familiar y las experiencias vitales del individuo.

Los tres factores del carácter son: 1) Autodirección (*Self Directedness*) (SD) es la habilidad de regular la conducta y de comprometerse con las metas elegidas. Se relaciona con la madurez, la autoestima y los recursos generales de adaptación.

2) Cooperatividad (*cooperativity*) es la capacidad de identificarse y aceptar a los demás. Hace referencia a los comportamientos prosociales del sujeto. Tiene que ver con el altruismo, la empatía y la solidaridad. Es una medida de buena adaptación social.

3) Autotranscendencia (*Selftranscendence*) (ST) representa la capacidad de identificarse como parte integral del universo. Se relaciona con la creatividad, la fantasía y la imaginación.

En cuanto a las dimensiones de temperamento, diversas investigaciones confirman la postura de Cloninger según las cuales se atribuyen determinados trastornos a combinaciones temperamentales. Los hallazgos de la literatura se resumen en el siguiente cuadro:

Tipos de carácter	Combinaciones de dimensiones de carácter			Hallazgos relevantes
	Auto-dirección	Coop	Auto-Trascendencia	
Melancólicos	Bajo	Bajo	Bajo	Egoísta, inmaduro y con alta reactividad emocional. Guiado por emociones negativas (vergüenza, odio, resentimiento). Conducta retraída y huidiza. Rechaza a los demás como potenciales agresores. Deprimidos, más tentativas suicidas. Menos probable que estén alegres.
Hipertímicos o creativos	Alto	Alto	Alto	Inventivo, maduro y reflexivo. Conducta guiada por emociones positivas, alegría, amor y esperanza. Capacidad para explorar nuevos caminos. Tendencias prosociales. Menor riesgo de trastorno mental.
Dependientes	Bajo	Alto	Bajo	Sumiso, confiado, respetuoso e hiperreactivo emocionalmente. Su conducta es insegura, son muy vulnerables a la crítica, tendentes a la autocompasión. Riesgo promedio de trastorno mental. Raras veces alegres.
Ciclotímicos	Bajo	Alto	Alto	Oscilante entre la dependencia y el rechazo de los demás, entre la vanidad y la vergüenza. Inestabilidad en las emociones y en su vinculación social. No mayor riesgo de suicidio. Más a menudo alegres y deprimidos.
Esquizotípicos o desorganizados	Bajo	Bajo	Alto	Comportamiento ilógico, suspicaz e inmaduro. Conducta poco convencional, organizada hacia metas no racionales y no guiada por valores prosociales. Mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica, tentativas suicidas y depresión.
Autocráticos	Alto	Bajo	Bajo	Lógico, egoísta e intimidador. Combinan una conducta hostil hacia los demás con estrategias encaminadas a dominarlos. Son muy competitivos y poco respetuosos con los demás. Menor probabilidad de estar contentos o deprimidos.
Organizados	Alto	Alto	Bajo	Lógico, confiado y maduro. Conducta conservadora, eficiente, consistente, atenta a las necesidades de los demás y a las normas sociales. Utilizan el pensamiento analítico aunque carecen de flexibilidad. Mínimo riesgo de psicopatología. No más contentos que el promedio.
Fanáticos	Alto	Bajo	Alto	Suspica, supersticioso, excéntrico. Conducta tensa, con excesiva preocupación por las amenazas imaginadas. Desconfiado con las intenciones de los demás.

## Objetivos

Teniendo en cuenta la información disponible sobre la complejidad en el estudio de la personalidad de los pacientes bipolares y su importancia para el manejo clínico, la presente investigación tiene por fin los siguientes objetivos:

1. Realizar una descripción de las variables de la personalidad (temperamento y carácter) de los pacientes bipolares de nuestra muestra.
2. Establecer posibles diferencias entre los factores de carácter y temperamento entre los subgrupos de bipolares I y bipolares II que permitan una mejor comprensión clínica de estos pacientes.
3. Establecer si existen alguna variable del carácter y del temperamento que permita predecir algunas de las complicaciones clínicas evolutivas en el trastorno bipolar, tales como hospitalizaciones, intentos de suicidio, presencia de ciclos rápidos, entre otras.

## Material y Método

### Participantes

#### Muestra de estudio

El presente estudio forma parte de un trabajo más amplio sobre correlato de la impulsividad y los temperamentos afectivos en pacientes bipolares. En el mencionado estudio se incluyeron 87 personas que fueron evaluadas con una batería compuesta por varias pruebas neuropsicológicas y de personalidad incluyendo en este último ítem el cuestionario TCI 240 r desarrollado por C R Cloninger et al. (Véase la descripción del instrumento más adelante).

#### Muestra positiva

Está conformada por pacientes de consulta ambulatoria al momento del estudio, ingresados en forma consecutiva, que cumplían con criterios de diagnóstico clínico por entrevista SCID de DSM-IV-TR para trastorno bipolar tipo I o II. Todos los pacientes debían estar en eutimia, es decir, sin criterios clínicos para episodio afectivo según DSM-IV y con valores en las escalas de Young Mania Rating Scale (YMRS) menor a 6 puntos y de Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) menor a 8 puntos. Todos los sujetos debían ser mayores de 18 y menores de 65 años con consentimiento informado firmado. Los criterios de exclusión para este estudio abarcaban un nivel de coeficiente intelectual menor a 85, patología neurológica o clínica severas, abuso de sustancias como patología primaria o presencia de un trastorno de personalidad significativo.

#### Muestra control negativa

Se trata de una muestra de población general reclutada mediante el método de "snow ball sampling" o muestreo bola de nieve a punto de partida de miembros de centros docentes y laborales donde se desempeñan los autores.

La muestra está compuesta por individuos de entre 18 a 65 años de edad, con consentimiento informado firmado.

#### Material

A las 87 personas reclutadas para el estudio se les administraron los siguientes instrumentos:

- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).
- Cuestionario Autoaplicado de los Temperamentos Afectivos (TEMPS-A Buenos Aires).

- Estimación de Inteligencia premórbida: Subtest Vocabulario del Test de Inteligencia para Adultos de Weschler – WAIS III.

- WCST: Wisconsin Card Sorting Test (Test de Selección de Cartas de Wisconsin – Versión computarizada).

- Test de Fluidez Fonológica (Controlled Oral Word Association Test-FAS).

- Test de Stroop.

- Span de Dígitos del Test de Inteligencia para Adultos de Weschler – WAIS III-.

- Cuestionario de Personalidad de Cloninger (TCI 240) TCI 240 r. Nos detendremos para describir las características de este instrumento dado que las conclusiones se basaron en él. El inventario fue desarrollado por CR Cloninger et al del Centro de Psicobiología de la Washington University School of Medicine en Saint Louis Missouri USA y está compuesto por una serie de 240 reactivos, con una escala Likert de 5 opciones en formato numérico desde 1 falso a 5 verdadero. Se le pide al sujeto investigado que puntúe cada reactivo de acuerdo a como se aplica a su

modo de ser y sentir habitualmente. Una vez completado el inventario, se carga vía informática en la cuenta del Centro de Psicobiología y el resultado se descarga a través del mismo sitio en otra dirección. La corrección informa el puntaje bruto y su transformado T obtenido por el sujeto, informando además los resultados percentilares en las principales dimensiones del carácter y temperamento. Produce, además un informe acerca de los tipos de carácter y temperamento así como una estimación del grado de madurez de la personalidad del sujeto. En esta investigación se empleó el acceso a la cuenta del instrumento gentileza del Dr. G. A. de Erausquin de los departamentos de Psiquiatría y Neurología de la University of South Florida (USA) y coordinador del Consorcio de Investigadores en Esquizofrenia y Neurodesarrollo (Bs As, Argentina).

El cuadro siguiente muestra las variaciones de las dimensiones principales del temperamento y su combinación en los tipos temperamentales.

	En trastornos de la personalidad	Búsqueda Novena
Aventure ro	Antisocial	Al
Apasionado	Histriónico	Al
Sensitivo	Pasivo -Agresivo	Al
Explosivo	Borderline	Al
Metódico	Obsesivo	Ba
Independiente	Esquizoide	Ba
Confiable (reliable)	Ciclotímico	Ba
Pasivo - Dependiente	Evitativo	Ba

### Procedimiento

Todos los sujetos participaron de forma voluntaria. Para recabar su participación, los sujetos fueron informados de manera individual por uno de los autores del presente trabajo, que les pedía colaboración para el estudio que se estaba realizando. De la administración de las pruebas a excepción de la batería neuropsicológica, así como de la obtención de datos de la historia personal en una entrevista semiestructurada, se encargaron los autores. La evaluación neuropsicológica estuvo a cargo de tres de las autoras especialistas en Neuropsicología.

Los resultados de todas las pruebas administradas fueron compilados en una base de datos corriendo en una hoja de cálculo del programa MS OFFICE EXCEL.

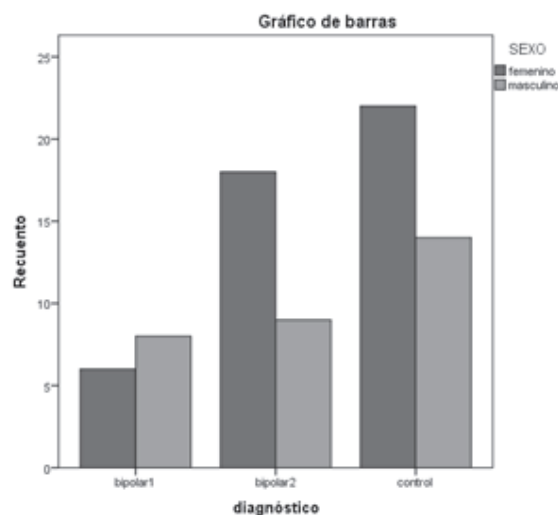
De esta base de datos se extrajeron los datos de los sujetos que habían completado el TCI 240 r y los correspondientes datos de las variables categóricas demográficas y evolutivas.

Los grupos de estudio para la presente investigación quedaron conformados de la siguiente manera:

		N
Válidos	Bipolar I	14
	Bipolar II	27
	Control	36
	Total	77
Perdidos	Sistema	10
Total		87

### Variables demográficas

		SEXO		Total
		Fem.	Masc.	
Diagnóstico	Bipolar I	6	8	14
	Bipolar II	18	9	27
	Control	22	14	36
Total		46	31	77



### Análisis estadístico

Para el procesamiento de datos de esta investigación, se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences versión 20 (SPSS IBM version20).

Para la obtención de los valores de las escalas del TCI se siguió el procedimiento descrito por Svrakic y Cloninger (Cloninger 1993) y se utilizó el software implementado por de Erausquin et al (<https://utiquay.health.usf.edu>). Los valores reportados para cada escala están normalizados de acuerdo a la muestra normativa reportada por

Cloninger et al. Para el análisis de las diferencias en los factores de carácter y temperamento se usó análisis de la varianza de un factor (*one way ANOVA*) corregido por el número de comparaciones utilizando el método de Bonferroni.

Para establecer el valor predictivo de los factores de Temperamento y Carácter respecto de diversas complicaciones evolutivas del trastorno bipolar tales como intentos de suicidio, síntomas psicóticos etcétera, se usó regresión logística binaria con eliminación progresiva de variables hacia atrás usando RV (razón de verosimilitud) utilizando como variable dependiente algún aspecto evolutivo (por ejemplo, tentativa de suicidio) transformada en una variable categórica dicotómica (si-no) y como variables predictivas la puntuación de las 7 escalas principales en el TCI.

## Resultados

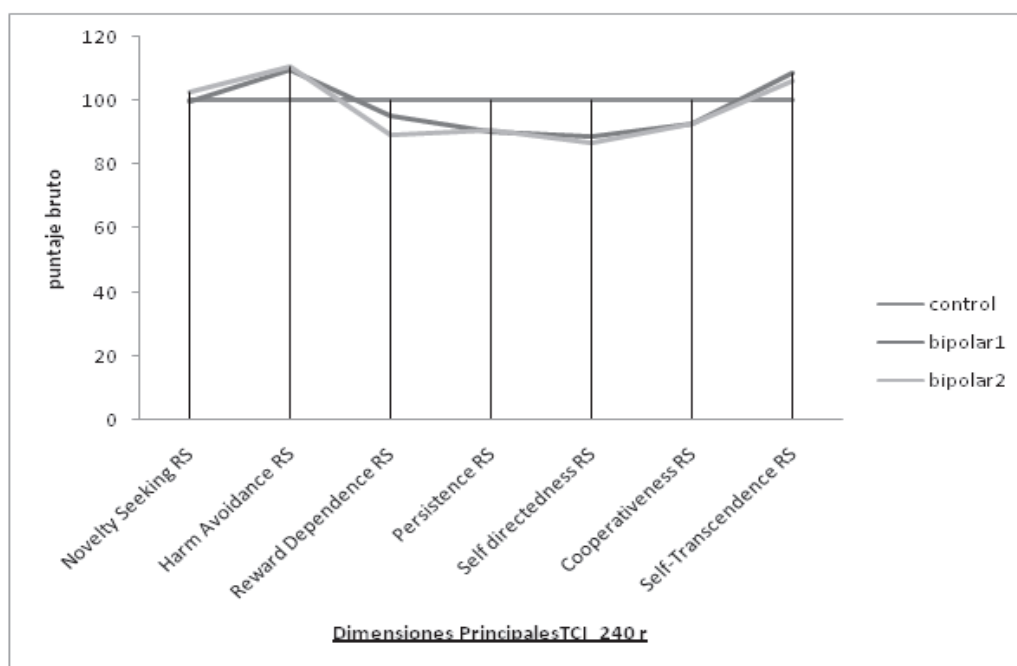
### Primera parte

#### Análisis descriptivo

La tabla siguiente informa el número de casos que realizaron el TCI:

Casos					
Válidos		Perdidos		Total	
N	%	N	%	N	%
48	55,2%	39	44,8%	87	100%

En un análisis preliminar que compara los perfiles obtenidos en un gráfico cartesiano, con controles normalizados<sup>1</sup> y puntuaciones TCI medias obtenidas por los distintos grupos, se observan posibles diferencias en las distintas dimensiones.



<sup>1</sup> Para obtener controles normalizados, se divide la media de la variable control por sí misma y el resultado se multiplica por 100. A continuación se divide la media de la variable a estudiar por la media de la variable control y se multiplica por 100. Como conclusión se obtienen valores normalizados de las distintas variables estudiadas.

*Búsqueda de Novedad (NS):* el gráfico parece sugerir una mínima diferencia en más de esta dimensión a favor del grupo Bipolar II respecto de Bipolar I y controles.

*Evitación del Daño (Ha):* ambos grupos bipolares muestran un aumento en los niveles respecto del grupo control.

*Dependencia de la Recompensa (RD):* se observan niveles disminuidos tanto en Bipolar II como en Bipolar I resultando más evidente la baja en Bipolar II.

*Persistencia:* disminución similar en ambos grupos bipolares respecto de los controles.

*Autonomía (SD):* se observa disminución en ambos grupos bipolares, siendo mayor en Bipolares II, respecto de los controles.

*Cooperatividad (COOP):* con disminución similar en ambos grupos Bipolares respecto del grupo control.

*Autotrascendencia (ST):* con aumento de ambos grupos bipolares, con leve predominio de Bipolar I, respecto de los controles.

Tomando como base los tipos temperamentales y caracteriales descriptos por Cloninger y de acuerdo a su teoría, se presentan a continuación las diversas configuraciones en función del género y el diagnóstico.

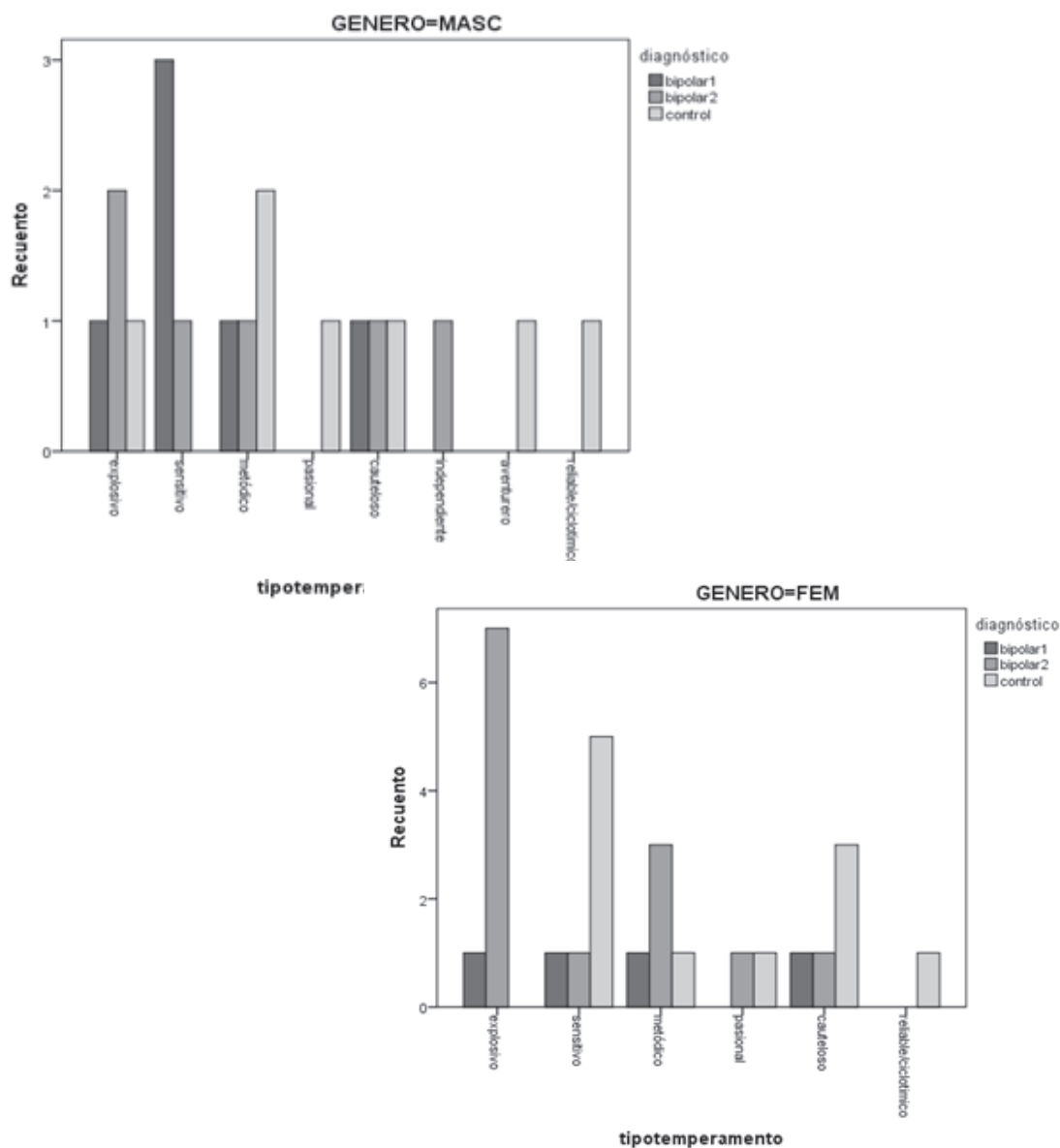
Nótese que de los 87 casos en la base de datos, 47 tienen todas las variables correspondientes.

Nótese en los cuadros siguientes como la mayoría de los casos Bipolares I masculinos presentan un temperamento de tipo sensitivo (pasivo agresivo), en tanto la mayor frecuencia de temperamentos en Bipolar II masculino viene dada por el tipo explosivo (borderline).

En cuanto al grupo de participantes de género femenino, los casos Bipolar I se distribuyen por todas las configuraciones temperamentales, en tanto los casos Bipolares II presentan su mayor frecuencia como explosivos (borderline) seguidos de temperamentos metódicos u obsesivos.

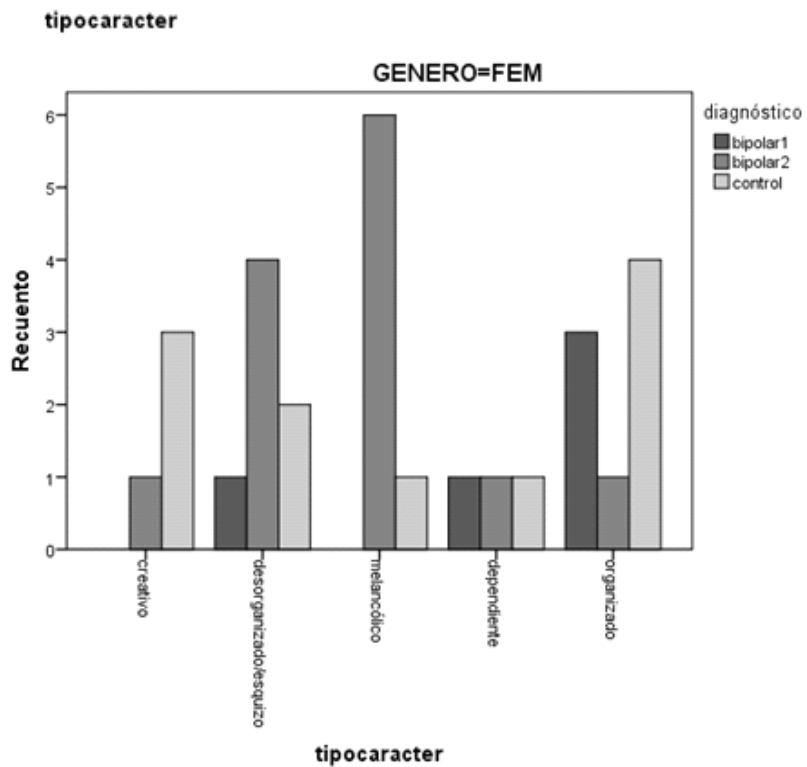
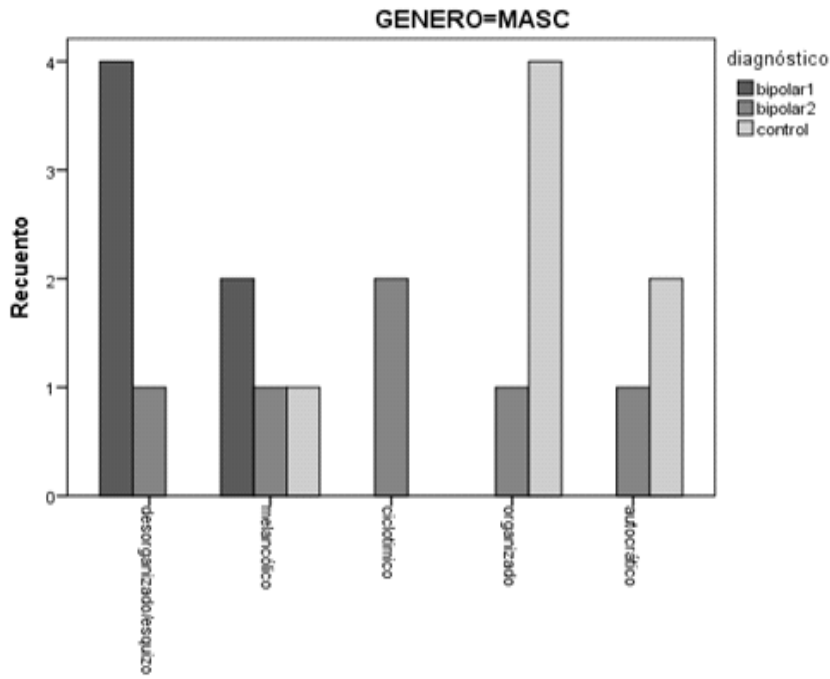
**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
tipotemperamento * diagnóstico * GENERO	47	54,0%	40	46,0%	87	100,0%
tipotemperamento * tipocaracter * GENERO	47	54,0%	40	46,0%	87	100,0%



En cuanto al carácter, véase que entre los sujetos Bipolares I masculinos, los casos tienden a presentar una mayor frecuencia de caracteres desorganizados. Por su parte, hombres Bipolares II tienden a presentar una mayor frecuencia de carácter de tipo ciclotímico.

Por otra parte, las mujeres con diagnóstico de Bipolar I tienden a una mayor presencia de caracteres organizados; en tanto que las Bipolares II muestran una mayor frecuencia de carácter melancólico seguida por el carácter desorganizado.

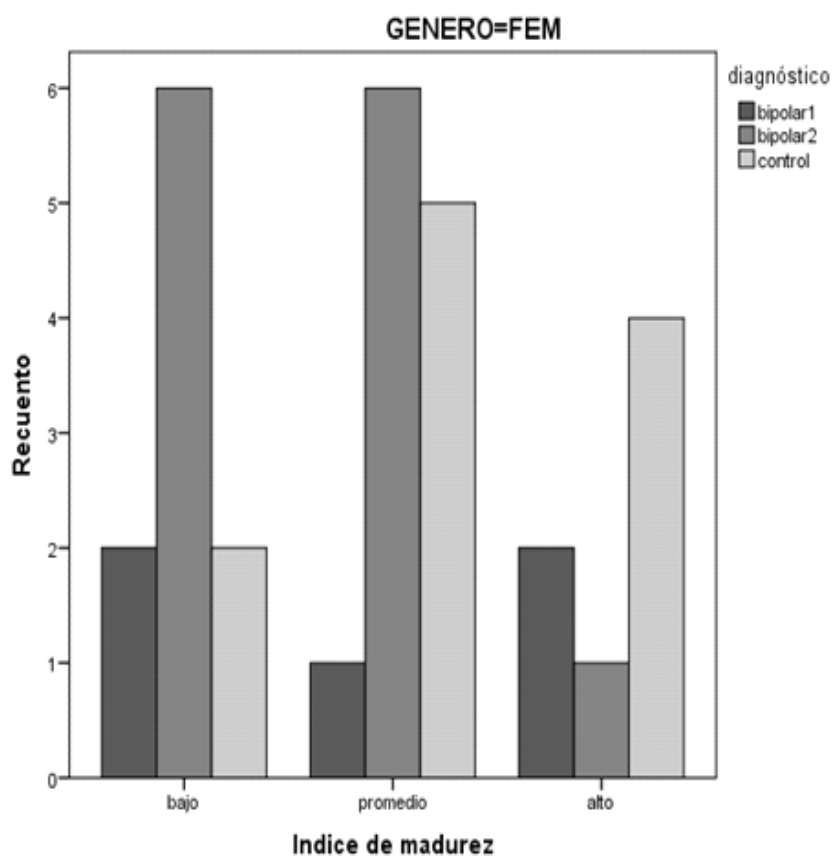


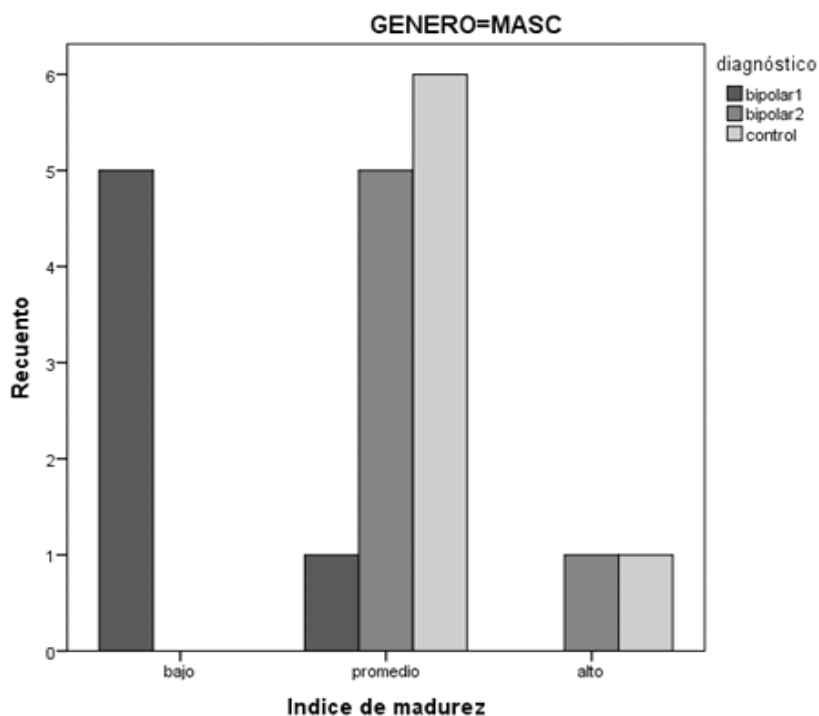
Finalmente, se muestran las distintas variaciones de madurez en relación al diagnóstico y al género. El índice de madurez se obtiene de la suma de los valores obtenidos en las dimensiones SELF DIRECTEDNESS (auto-dirección) Y COOPERATIVENESS (cooperatividad). En nuestro trabajo, para calcular este índice se han utilizado los valores percentilares (alto, promedio, bajo) devueltos por la corrección del instrumento.

Nótese en los gráficos siguientes como las bipolares I de género femenino presentan un índice de madurez casi repartido por igual en

los percentiles altos medios y bajos; en tanto las pacientes bipolares tipo II en la mayoría de los casos presentan percentiles medios a bajos, denotando la presencia de mayor inmadurez de la personalidad.

En cuanto a los casos masculinos, los bipolares tipo I tienden mayoritariamente a valores bajos de madurez, en tanto que los bipolares tipo II tienden hacia valores promedios y una minoría de casos hacia los percentiles altos, denotando un menor compromiso de la madurez de la personalidad en comparación con los controles.





El análisis ANOVA de una sola vía con corrección *post hoc* de Bonferroni, usando como factor fijo la categoría diagnóstico y como variable dependiente el valor bruto del índice de madurez, señala de manera significativa estas diferencias. Muestra como resultado que los bipolares I (como grupo total)

tienen una media menor en índice de madurez respecto de los controles. La misma situación ocurre con los bipolares II (como grupo total), cuyo valor en la diferencia de medias, señala que su diferencia es aún mayor que la de los bipolares I.

#### ANOVA de un factor

indicemadurez					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	10098,869	2	5049,435	6,101	,005
Intra-grupos	37243,047	45	827,623		
Total	47341,917	47			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente: indicemadurez

Bonferroni

(I) diagnóstico	(J) diagnóstico	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
bipolar1	bipolar2	3,35885	10,89943	1,000	-23,7456	30,4633
	control	-27,71717*	11,00988	,046	-55,0963	-,3380
bipolar2	bipolar1	-3,35885	10,89943	1,000	-30,4633	23,7456
	control	-31,07602*	9,46246	,006	-54,6071	-7,5450
control	bipolar1	27,71717*	11,00988	,046	,3380	55,0963
	bipolar2	31,07602*	9,46246	,006	7,5450	54,6071

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

## Segunda Parte

## Análisis Estadístico

Teniendo presentes las consideraciones anteriores, se realizó un análisis de la varianza de una vía (one way ANOVA) usando como factor fijo el diagnóstico (Bipolar I, Bipolar II, control) y como variables dependientes las puntuaciones obtenidas en las diversas escalas. A continuación se realizó un procedimiento de comparaciones múltiples denomi-

nado Bonferroni. La idea de este análisis es estudiar si existen diferencias significativas entre las medias en las distintas dimensiones y con el método Bonferroni tratar de establecer cuáles son las medias que difieren. En el siguiente análisis se utiliza nivel alfa de 0,1 (90%).

Nótese que el ANOVA indicaría la presencia de diferencias significativas en las medias para Dependencia de la Recompensa, Autodirección y Cooperatividad.

## ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Novelty Seeking	Inter-grupos	73,604	2	36,802	,142	,868
	Total	11740,313	47			
Harm Avoidance	Inter-grupos	1297,276	2	648,638	1,840	,171
	Total	17162,979	47			
Reward Dependence	Inter-grupos	1406,222	2	703,111	3,028	,058
	Total	11853,917	47			
Persistence	Inter-grupos	1412,463	2	706,232	1,704	,194
	Total	20064,667	47			
Self directedness	Inter-grupos	4262,063	2	2131,031	5,067	,010
	Total	23186,000	47			
Cooperativeness	Inter-grupos	1253,488	2	626,744	4,036	,024
	Total	8241,917	47			
Self-Transcendence	Inter-grupos	287,418	2	143,709	,469	,629
	Total	14085,000	47			

Nótese en la tabla siguiente que la corrección de Bonferroni señala la presencia de diferencias significativas de bipolares II con menores niveles de Dependencia de la Recompensa, Autodirección y Cooperatividad

respecto de los controles. En tanto los bipolares I presentarían una fuerte tendencia a menores niveles de Autonomía y una diferencia significativa en Cooperatividad respecto de los controles.

Comparaciones múltiples							
Bonferroni							
Variable dependiente			Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza 90%	
						Límite inferior	Límite superior
Novelty Seeking IS	bipolar1	bipolar2	-2.869	6.100	1.000	-15.96	10.82
		control	-.061	6.162	1.000	-13.59	13.47
	bipolar2	bipolar1	2.869	6.100	1.000	-10.82	15.96
		control	2.809	5.296	1.000	-9.12	14.14
	control	bipolar1	.061	6.162	1.000	-13.47	13.59
		bipolar2	-2.809	5.296	1.000	-14.14	9.12
Harm Avoidance IS	bipolar1	bipolar2	-1.153	7.114	1.000	-16.77	14.46
		control	9.970	7.186	.516	-5.81	25.75
	bipolar2	bipolar1	1.153	7.114	1.000	-14.46	16.77
		control	11.123	6.176	.235	-2.44	24.68
	control	bipolar1	-9.970	7.186	.516	-25.75	5.81
		bipolar2	-11.123	6.176	.235	-24.68	2.44
Reward Dependence IS	bipolar1	bipolar2	7.294	5.773	.680	-5.44	19.91
		control	-5.040	5.831	1.000	-17.84	7.76
	bipolar2	bipolar1	-7.294	5.773	.680	-19.91	5.44
		control	-12.275	5.012	.055	-23.28	-1.27
	control	bipolar1	5.040	5.831	1.000	-7.76	17.84
		bipolar2	12.275	5.012	.055	1.27	23.28
Resistance IS	bipolar1	bipolar2	-.436	7.713	1.000	-17.36	16.51
		control	-114.70	7.792	.444	-28.58	5.64
	bipolar2	bipolar1	.436	7.713	1.000	-16.51	17.36
		control	-110.44	6.696	.318	-25.75	3.66
	control	bipolar1	114.70	7.792	.444	-5.64	28.58
		bipolar2	110.44	6.696	.318	-3.66	25.75
Self directedness IS	bipolar1	bipolar2	3.311	7.769	1.000	-13.75	20.37
		control	-17.192	7.848	.101	-34.42	.04
	bipolar2	bipolar1	-3.311	7.769	1.000	-20.37	13.75
		control	-20.503	6.745	.012	-35.31	-5.69
	control	bipolar1	17.192	7.848	.101	-.04	34.42
		bipolar2	20.503	6.745	.012	5.69	35.31
Cooperative ness IS	bipolar1	bipolar2	.048	4.721	1.000	-10.32	10.41
		control	-10.525	4.769	.097	-21.00	-.05
	bipolar2	bipolar1	-.048	4.721	1.000	-10.41	10.32
		control	-10.573	4.099	.040	-19.57	-1.57
	control	bipolar1	10.525	4.769	.097	.05	21.00
		bipolar2	10.573	4.099	.040	1.57	19.57
Self Transcendence IS	bipolar1	bipolar2	1.833	6.634	1.000	-12.73	16.40
		control	6.005	6.701	1.000	-8.71	20.72
	bipolar2	bipolar1	-1.833	6.634	1.000	-16.40	12.73
		control	4.173	5.759	1.000	-8.47	16.82
	control	bipolar1	-6.005	6.701	1.000	-20.72	8.71
		bipolar2	-4.173	5.759	1.000	-16.82	8.47

\* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.1

A continuación, nos referimos al tercer objetivo de nuestro trabajo. Esto es lo relacionado a factores de carácter y temperamento como predictores de complicaciones evolutivas, con especial atención a las tentativas de suicidio.

En este punto, y siguiendo en general a Barrantes, Colom y Claridge, hemos estudiado diversos aspectos evolutivos de ambos grupos de pacientes bipolares, con el objetivo de tratar de establecer el valor predictivo de los factores de carácter y temperamento en relación a estos aspectos.

Debido a su impacto desfavorable en la progresión de la enfermedad, para el análisis seleccionamos las siguientes variables de la base de datos:

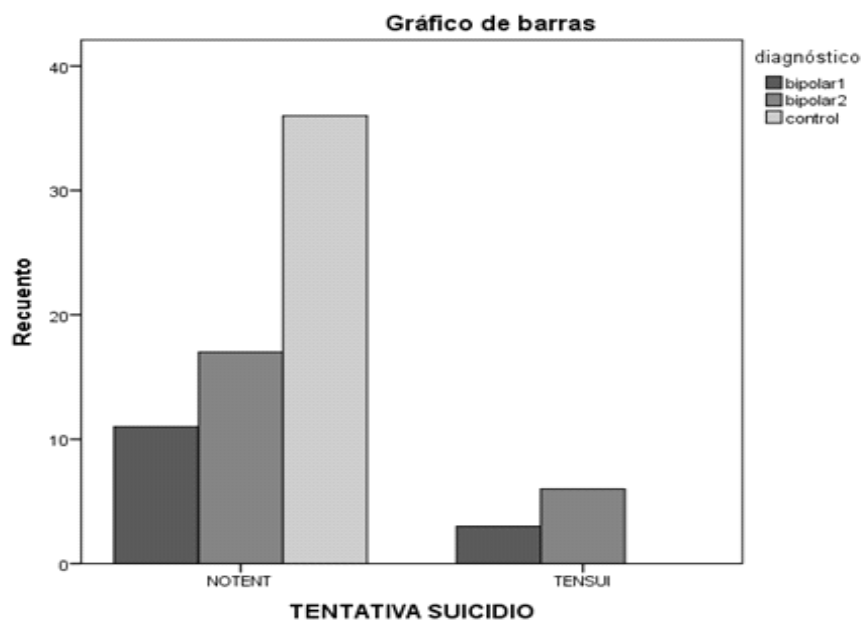
- **Intentos de suicidio:** el suicidio es una de las principales causas del aumento de mortalidad entre pacientes que sufren trastornos del estado de ánimo y los pacientes con trastorno bipolar corren mayor riesgo de cometer suicidio que los que sufren otros trastornos psiquiátricos. La tasa de prevalencia vitalicia de suicidios en los pacientes con trastorno bipolar es del 15% en comparación con la tasa en los pacientes que sufren trastorno del es-

tado del ánimo, que es del 6%. La mayoría de los estudios sobre el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar incorporaron pacientes gravemente enfermos, hospitalizados, lo que da como resultado una desviación en el muestreo y significa que la tasa real de suicidios en la población total con trastorno bipolar puede ser inferior. La Encuesta de la Zona Epidemiológica de Captación (ECA) mostró que entre el 25 y el 50% de los pacientes con trastorno bipolar cometen por lo menos un intento de suicidio durante su vida, y que los pacientes, por lo general, mostraban una planificación detallada y un firme deseo de morir. El aumento del riesgo de suicidio se relaciona con intentos previos de suicidio, alcoholismo y el tiempo que pasó desde el alta hospitalaria. El intento de suicidio es 2-3 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres pero, en general, usan medios menos letales.

Las siguientes tablas y gráficos ilustran sobre distintos aspectos demográficos y de distribución según género y diagnóstico de los intentos de suicidio en nuestra población estudiada:

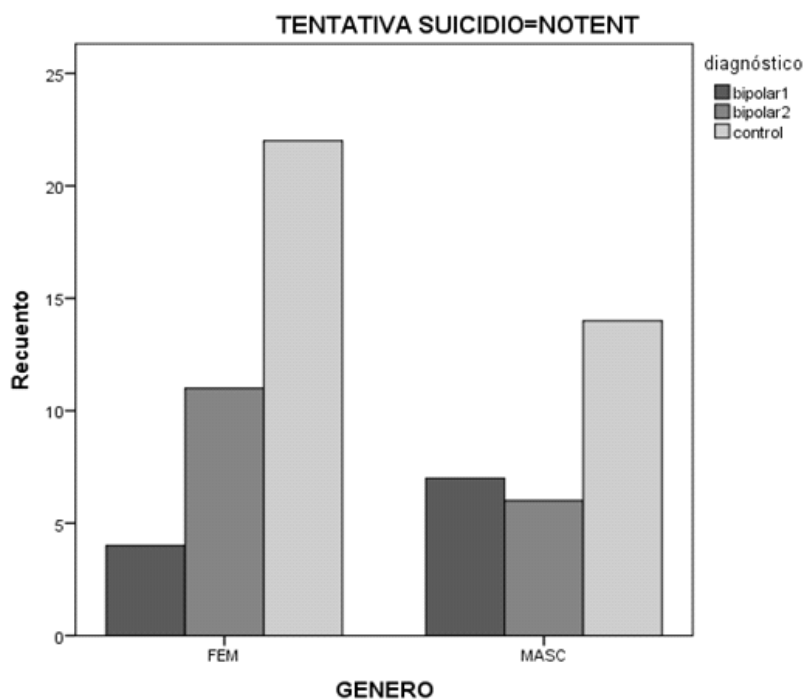
Recuento

		Diagnóstico			Total
		Bipolar I	Bipolar II	Control	
TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	11	17	36	64
	TENSUI	3	6	0	9
Total		14	23	36	73



Nótese un posible predominio de las tentativas de suicidio en el grupo Bipolar II

El siguiente gráfico muestra la distribución de casos sin tentativa de suicidio de acuerdo a género:



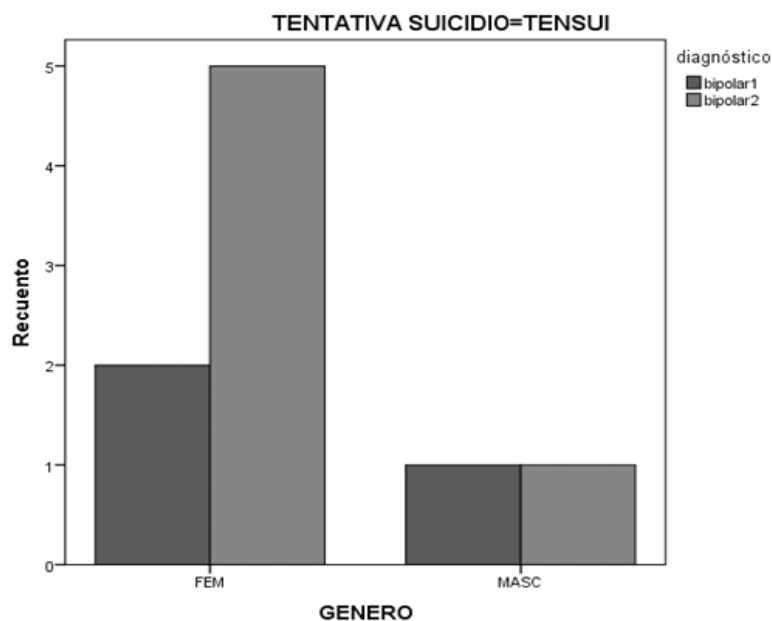
La tabla siguiente ilustra sobre la presencia de tentativas de suicidio según género y diagnóstico en la población estudiada:

**Tabla de contingencia GENERO \* diagnóstico \* TENTATIVA SUICIDIO**

TENTATIVA SUICIDIO				diagnóstico			Total
				bipolar1	bipolar2	control	
NOTENT	GENERO	FEM	Recuento	4	11	22	37
			% dentro de GENERO	10,8%	29,7%	59,5%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	36,4%	64,7%	61,1%	57,8%
			% del total	6,2%	17,2%	34,4%	57,8%
	MASC	Recuento	7	6	14	27	
		% dentro de GENERO	25,9%	22,2%	51,9%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	63,6%	35,3%	38,9%	42,2%	
		% del total	10,9%	9,4%	21,9%	42,2%	
	Total	Recuento	11	17	36	64	
		% dentro de GENERO	17,2%	26,6%	56,2%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	17,2%	26,6%	56,2%	100,0%	
TENSUI	GENERO	FEM	Recuento	2	5		7
			% dentro de GENERO	28,6%	71,4%		100,0%
			% dentro de diagnóstico	66,7%	83,3%		77,8%
			% del total	22,2%	55,6%		77,8%
	MASC	Recuento	1	1		2	
		% dentro de GENERO	50,0%	50,0%		100,0%	
		% dentro de diagnóstico	33,3%	16,7%		22,2%	
		% del total	11,1%	11,1%		22,2%	
	Total	Recuento	3	6		9	
		% dentro de GENERO	33,3%	66,7%		100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%		100,0%	
		% del total	33,3%	66,7%		100,0%	
Total	GENERO	FEM	Recuento	6	16	22	44
			% dentro de GENERO	13,6%	36,4%	50,0%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	42,9%	69,6%	61,1%	60,3%
			% del total	8,2%	21,9%	30,1%	60,3%
	MASC	Recuento	8	7	14	29	
		% dentro de GENERO	27,6%	24,1%	48,3%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	57,1%	30,4%	38,9%	39,7%	
		% del total	11,0%	9,6%	19,2%	39,7%	
	Total	Recuento	14	23	36	73	
		% dentro de GENERO	19,2%	31,5%	49,3%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	19,2%	31,5%	49,3%	100,0%	

Gráfico que muestra la presencia de casos con tentativa de suicidio de acuerdo a género, con un posible predominio de tentati-

vas de suicidio en pacientes bipolares tipo II femeninos.



#### Pruebas de chi-cuadrado

GENERO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
FEM	Chi-cuadrado de Pearson	8,338 <sup>b</sup>	2	,015
	Razón de verosimilitudes	11,045	2	,004
	Asociación lineal por lineal	6,804	1	,009
	N de casos válidos	44		
MASC	Chi-cuadrado de Pearson	2,023 <sup>c</sup>	2	,364
	Razón de verosimilitudes	2,785	2	,248
	Asociación lineal por lineal	1,448	1	,229
	N de casos válidos	29		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	10,163 <sup>a</sup>	2	,006
	Razón de verosimilitudes	13,569	2	,001
	Asociación lineal por lineal	6,865	1	,009
	N de casos válidos	73		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,73.

b. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,95.

c. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

La siguiente tabla muestra la distribución de los casos de tentativa de suicidio de acuerdo a género y diagnóstico:

**Tabla de contingencia TENTATIVA SUICIDIO \* diagnóstico \* GENERO**

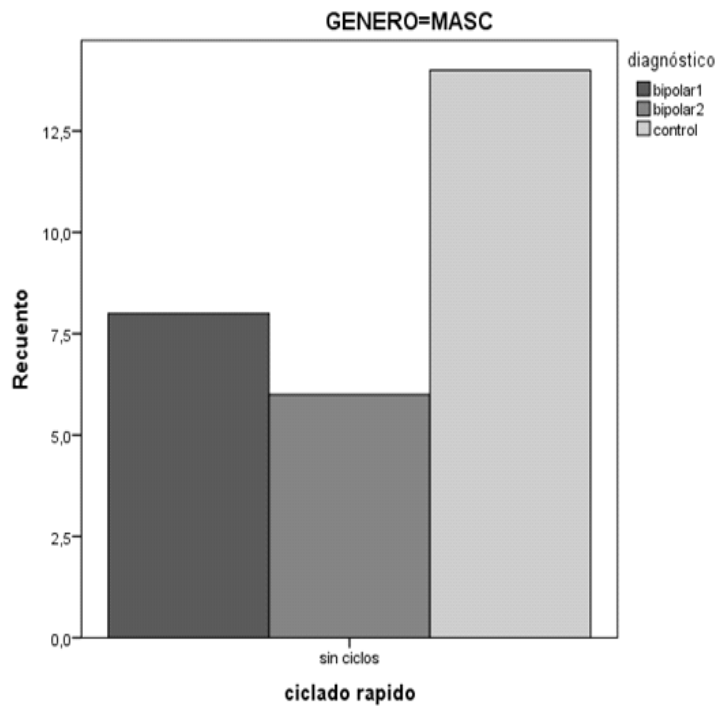
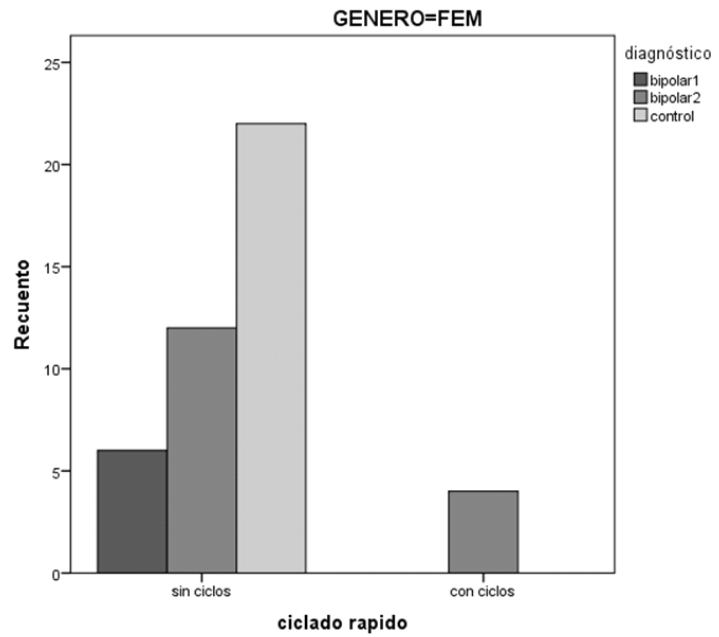
GENERO				diagnóstico			Total
				bipolar1	bipolar2	control	
FEM	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	Recuento	4	11	22	37
			Frecuencia esperada	5,0	13,5	18,5	37,0
			% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	10,8%	29,7%	59,5%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	66,7%	68,8%	100,0%	84,1%
			% del total	9,1%	25,0%	50,0%	84,1%
		TENSUI	Recuento	2	5	0	7
			Frecuencia esperada	1,0	2,5	3,5	7,0
			% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	28,6%	71,4%	0,0%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	33,3%	31,2%	0,0%	15,9%
			% del total	4,5%	11,4%	0,0%	15,9%
	Total	Recuento	6	16	22	44	
		Frecuencia esperada	6,0	16,0	22,0	44,0	
		% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	13,6%	36,4%	50,0%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
MASC	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	Recuento	7	6	14	27
			Frecuencia esperada	7,4	6,5	13,0	27,0
			% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	25,9%	22,2%	51,9%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	87,5%	85,7%	100,0%	93,1%
			% del total	24,1%	20,7%	48,3%	93,1%
		TENSUI	Recuento	1	1	0	2
			Frecuencia esperada	,6	,5	1,0	2,0
			% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	12,5%	14,3%	0,0%	6,9%
			% del total	3,4%	3,4%	0,0%	6,9%
	Total	Recuento	8	7	14	29	
		Frecuencia esperada	8,0	7,0	14,0	29,0	
		% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	27,6%	24,1%	48,3%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Total	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	Recuento	11	17	36	64
			Frecuencia esperada	12,3	20,2	31,6	64,0
			% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	17,2%	26,6%	56,2%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	78,6%	73,9%	100,0%	87,7%
			% del total	15,1%	23,3%	49,3%	87,7%
		TENSUI	Recuento	3	6	0	9
			Frecuencia esperada	1,7	2,8	4,4	9,0
			% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	21,4%	26,1%	0,0%	12,3%
			% del total	4,1%	8,2%	0,0%	12,3%
	Total	Recuento	14	23	36	73	
		Frecuencia esperada	14,0	23,0	36,0	73,0	
		% dentro de TENTATIVA SUICIDIO	19,2%	31,5%	49,3%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
			% del total	19,2%	31,5%	49,3%	100,0%

**Presencia de ciclos rápidos.** La tabla siguiente muestra la distribución de los casos con ciclado rápido de acuerdo a diagnóstico y género

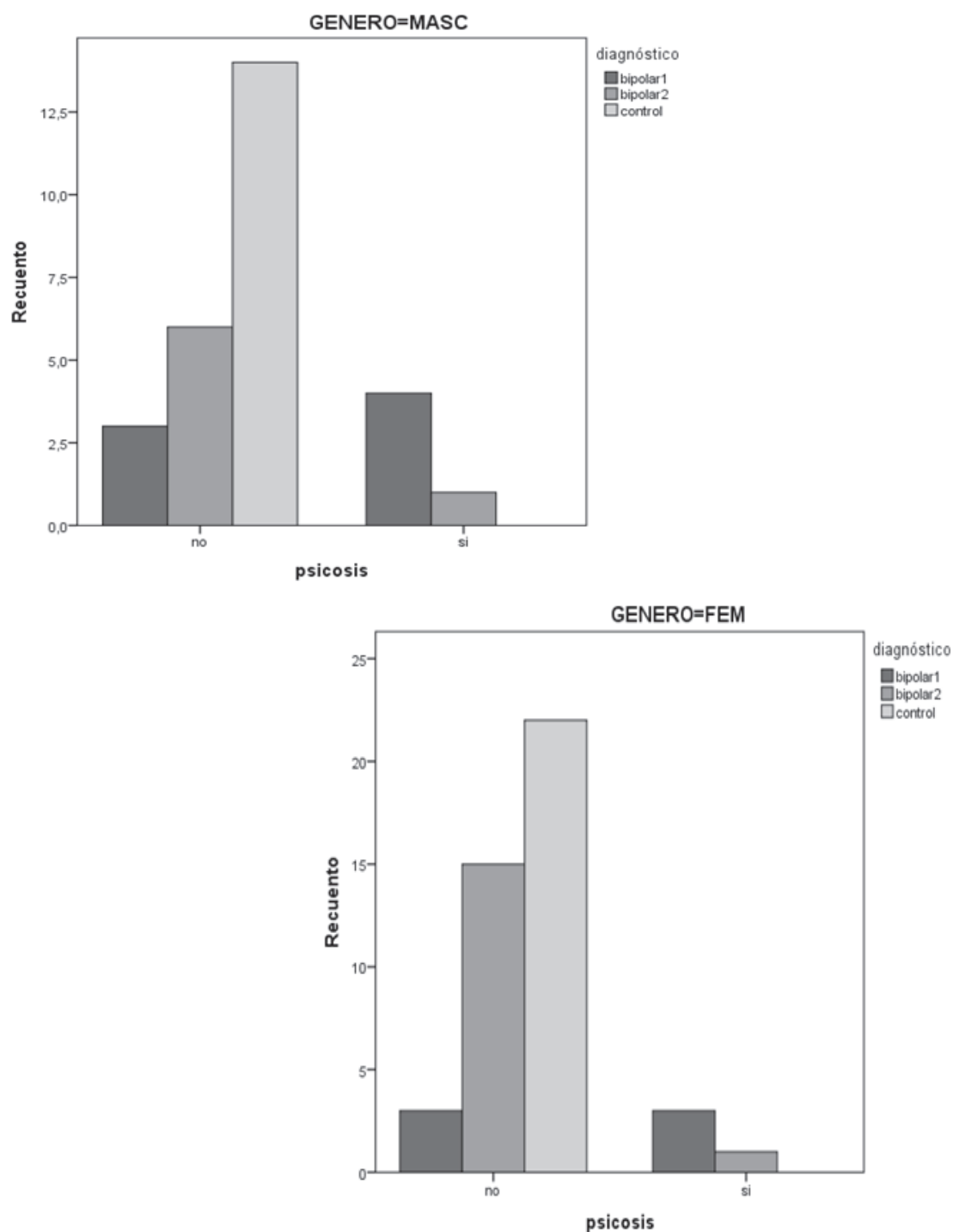
**Tabla de contingencia ciclado rapido \* diagnóstico \* GENERO**

GENERO				diagnóstico			Total		
				bipolar1	bipolar2	control			
FEM	ciclado rapido	sin ciclos	Recuento	6	12	22	40		
			% dentro de ciclado rapido	15,0%	30,0%	55,0%	100,0%		
			% dentro de diagnóstico	100,0%	75,0%	100,0%	90,9%		
			% del total	13,6%	27,3%	50,0%	90,9%		
		con ciclos	Recuento	0	4	0	4		
			% dentro de ciclado rapido	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%		
	Total	ciclado rapido	sin ciclos	Recuento	6	16	22	44	
				% dentro de ciclado rapido	13,6%	36,4%	50,0%	100,0%	
				% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
				% del total	13,6%	36,4%	50,0%	100,0%	
		con ciclos	Recuento	0	4	0	4		
			% dentro de ciclado rapido	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%		
MASC	ciclado rapido	sin ciclos	Recuento	8	6	14	28		
			% dentro de ciclado rapido	28,6%	21,4%	50,0%	100,0%		
			% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			% del total	28,6%	21,4%	50,0%	100,0%		
		Total	ciclado rapido	sin ciclos	Recuento	8	6	14	28
					% dentro de ciclado rapido	28,6%	21,4%	50,0%	100,0%
	% dentro de diagnóstico	100,0%			100,0%	100,0%	100,0%		
	% del total	28,6%			21,4%	50,0%	100,0%		
	Total	ciclado rapido	sin ciclos	Recuento	14	18	36	68	
				% dentro de ciclado rapido	20,6%	26,5%	52,9%	100,0%	
				% dentro de diagnóstico	100,0%	81,8%	100,0%	94,4%	
				% del total	19,4%	25,0%	50,0%	94,4%	
con ciclos		Recuento	0	4	0	4			
		% dentro de ciclado rapido	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			
Total	ciclado rapido	sin ciclos	Recuento	14	22	36	72		
			% dentro de ciclado rapido	19,4%	30,6%	50,0%	100,0%		
			% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
			% del total	19,4%	30,6%	50,0%	100,0%		
	con ciclos	Recuento	0	4	0	4			
		% dentro de ciclado rapido	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%			

Nótese en la tabla y en los gráficos siguientes la ausencia de bipolares masculinos con ciclos rápidos en nuestra población estudiada.



**Síntomas psicóticos:** en el gráfico siguiente se observa un aparente predominio de los síntomas psicóticos en el grupo de pacientes bipolares I masculinos. Lo mismo ocurriría en el género femenino



La tabla siguiente ilustra sobre la presencia de casos con síntomas psicóticos de acuerdo a género y diagnóstico.

Recuento

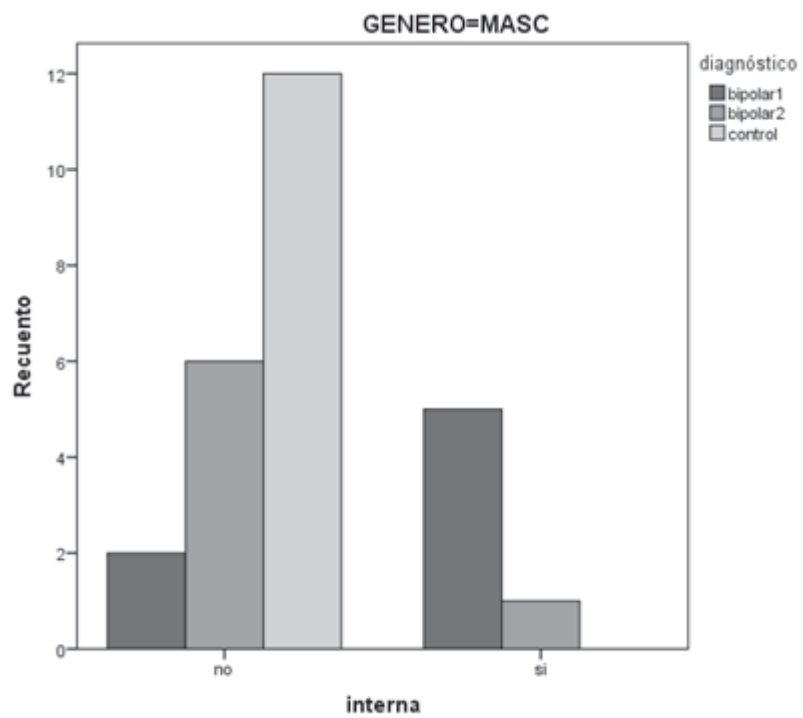
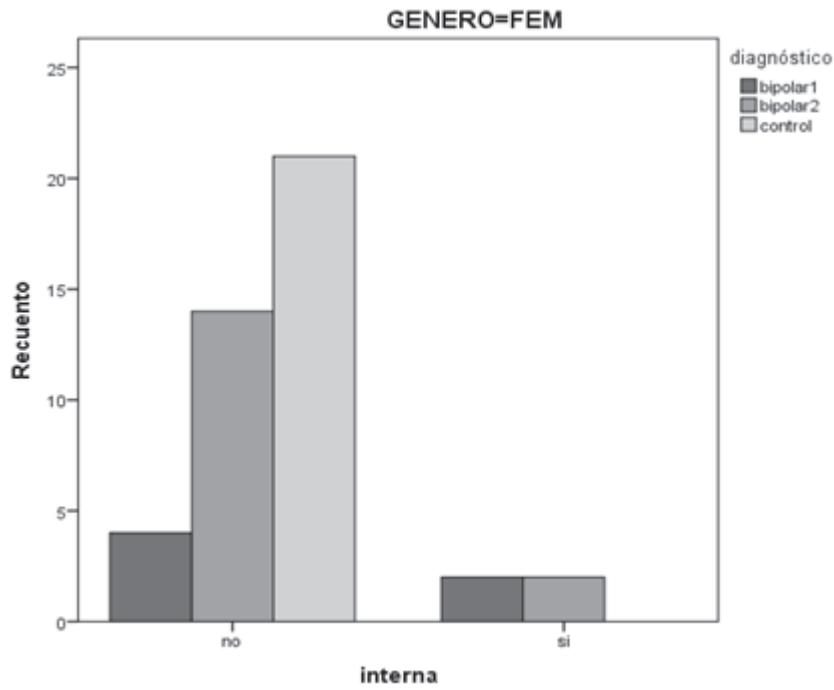
GENERO		Diagnóstico			Total	
		bipolar1	bipolar2	control		
FEM	psicosis	no	3	15	22	40
		si	3	1	0	4
	Total	6	16	22	44	
MASC	psicosis	no	3	6	14	23
		si	4	1	0	5
	Total	7	7	14	28	
Total	psicosis	no	6	21	36	63
		si	7	2	0	9
	Total	13	23	36	72	

**Episodios de internación.** Los gráficos y tablas siguientes ilustran sobre los episodios de internación teniendo en cuenta el sexo y el diagnóstico.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Internación por diagnóstico *GENERO	69	79,3%	18	20,7%	87	100,0%

Nótese que la internación parece ser más frecuente en los pacientes bipolares I masculinos, en tanto en los pacientes femeninos parece ser igual.



## Pruebas de chi-cuadrado

GENERO		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
FEM	Chi-cuadrado de Pearson	6,455 <sup>b</sup>	2	,040
	Razón de verosimilitudes	6,920	2	,031
	Asociación lineal por lineal	6,131	1	,013
	N de casos válidos	43		
MASC	Chi-cuadrado de Pearson	13,124 <sup>c</sup>	2	,001
	Razón de verosimilitudes	13,973	2	,001
	Asociación lineal por lineal	11,372	1	,001
	N de casos válidos	26		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	21,878 <sup>a</sup>	2	,000
	Razón de verosimilitudes	21,349	2	,000
	Asociación lineal por lineal	19,382	1	,000
	N de casos válidos	69		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,88.

b. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,56.

A fin de estudiar el posible valor predictivo de las dimensiones del carácter y temperamento sobre complicaciones evolutivas anteriormente reseñadas, practicamos una serie de regresiones logísticas binarias, con eliminación progresiva de variables según razón de verosimilitud, utilizando como variable dependiente las variables evolutivas anteriormente descritas (por ejemplo, tentativa de suicidio) transformadas en una variable categórica dicotómica (si-no) y usando como variables predictivas la puntuación bruta de las 7 escalas principales en el TCI.

De las variables dependientes dicotomizadas estudiadas, la única cuya predicción por las variables independientes correspondientes a los factores de carácter y temperamento

alcanzó significación estadística fue Tentativa de Suicidio.

La siguiente tabla muestra las variables que quedaron en la ecuación luego del procedimiento estadístico.

Nótese que las variables tienen valor positivo (Novelty Seeking o búsqueda de novedad) y valor negativo (Persistencia) indicando que una elevación en los valores de Novelty Seeking o Búsqueda de Novedad implican un aumento en la probabilidad de tentativa suicida. En el caso de la variable temperamental Persistencia el valor negativo implica que bajos valores en esta escala implican un aumento de la probabilidad de tentativa suicida.

La siguiente tabla muestra la distribución de los episodios de internación de acuerdo al diagnóstico y el sexo.

GENERO							
interna				bipolar1	bipolar2	control	
FEM	interna	no	Recuento	4	14	21	39
			% dentro de interna	10,3%	35,9%	53,8%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	66,7%	87,5%	100,0%	90,7%
			% del total	9,3%	32,6%	48,8%	90,7%
	si	Recuento	2	2	0	4	
		% dentro de interna	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	33,3%	12,5%	0,0%	9,3%	
		% del total	4,7%	4,7%	0,0%	9,3%	
	Total	Recuento	6	16	21	43	
		% dentro de interna	14,0%	37,2%	48,8%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	14,0%	37,2%	48,8%	100,0%	
MASC	interna	no	Recuento	2	6	12	20
			% dentro de interna	10,0%	30,0%	60,0%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	28,6%	85,7%	100,0%	76,9%
			% del total	7,7%	23,1%	46,2%	76,9%
	si	Recuento	5	1	0	6	
		% dentro de interna	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	71,4%	14,3%	0,0%	23,1%	
		% del total	19,2%	3,8%	0,0%	23,1%	
	Total	Recuento	7	7	12	26	
		% dentro de interna	26,9%	26,9%	46,2%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	26,9%	26,9%	46,2%	100,0%	
Total	interna	no	Recuento	6	20	33	59
			% dentro de interna	10,2%	33,9%	55,9%	100,0%
			% dentro de diagnóstico	46,2%	87,0%	100,0%	85,5%
			% del total	8,7%	29,0%	47,8%	85,5%
	si	Recuento	7	3	0	10	
		% dentro de interna	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	53,8%	13,0%	0,0%	14,5%	
		% del total	10,1%	4,3%	0,0%	14,5%	
	Total	Recuento	13	23	33	69	
		% dentro de interna	18,8%	33,3%	47,8%	100,0%	
		% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	18,8%	33,3%	47,8%	100,0%	

## Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup>						
NoveltySeekingRS	,165	,083	3,908	1	,048	1,179
HarmAvoidanceRS	-,010	,053	,037	1	,847	,990
RewardDependenceRS	,047	,067	,483	1	,487	1,048
PersistenceRS	-,107	,062	3,019	1	,082	,898
SelfdirectednessRS	,007	,054	,015	1	,902	1,007
CooperativenessRS	-,039	,077	,253	1	,615	,962
SelfTranscendenceRS	-,026	,042	,376	1	,540	,975
Constante	-6,214	16,080	,149	1	,699	,002
Paso 2 <sup>a</sup>						
NoveltySeekingRS	,163	,082	3,933	1	,047	1,177
HarmAvoidanceRS	-,013	,047	,081	1	,776	,987
RewardDependenceRS	,045	,066	,463	1	,496	1,046
PersistenceRS	-,106	,060	3,144	1	,076	,900
CooperativenessRS	-,036	,074	,235	1	,628	,965
SelfTranscendenceRS	-,026	,042	,388	1	,533	,974
Constante	-5,072	13,119	,149	1	,699	,006
Paso 3 <sup>a</sup>						
NoveltySeekingRS	,165	,081	4,143	1	,042	1,179
RewardDependenceRS	,044	,065	,473	1	,491	1,045
PersistenceRS	-,095	,045	4,479	1	,034	,909
CooperativenessRS	-,032	,072	,199	1	,655	,968
SelfTranscendenceRS	-,029	,040	,515	1	,473	,971
Constante	-8,069	8,218	,964	1	,326	,000
Paso 4 <sup>a</sup>						
NoveltySeekingRS	,154	,073	4,448	1	,035	1,167
RewardDependenceRS	,023	,042	,305	1	,581	1,024
PersistenceRS	-,090	,040	5,058	1	,025	,914
SelfTranscendenceRS	-,027	,043	,393	1	,531	,974
Constante	-9,760	7,379	1,749	1	,186	,000
Paso 5 <sup>a</sup>						
NoveltySeekingRS	,150	,072	4,333	1	,037	1,162
PersistenceRS	-,084	,037	5,128	1	,024	,920
SelfTranscendenceRS	-,027	,044	,368	1	,544	,974
Constante	-7,512	6,059	1,537	1	,215	,001
Paso 6 <sup>a</sup>						
<b>NoveltySeekingRS</b>	<b>,131</b>	<b>,060</b>	<b>4,709</b>	<b>1</b>	<b>,030</b>	<b>1,140</b>
<b>PersistenceRS</b>	<b>-,089</b>	<b>,038</b>	<b>5,497</b>	<b>1</b>	<b>,019</b>	<b>,915</b>
Constante	-6,764	5,662	1,427	1	,232	,001

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: NoveltySeekingRS, HarmAvoidanceRS, RewardDependenceRS, PersistenceRS, SelfdirectednessRS, CooperativenessRS, SelfTranscendenceRS.

Nótese en la tabla siguiente que el modelo permite predecir globalmente un 91,5 % de los casos correctamente, con un 50% de clasificación correcta de casos de tentativa suicida.

Tabla de clasificación<sup>a</sup>

Observado			Pronosticado		
			TENTATIVA SUICIDIO		Porcentaje correcto
			NOTENT	TENSUI	
Paso 1	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	40	1	97,6
		TENSUI	3	3	50,0
	Porcentaje global				91,5
Paso 2	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	40	1	97,6
		TENSUI	3	3	50,0
	Porcentaje global				91,5
Paso 3	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	40	1	97,6
		TENSUI	3	3	50,0
	Porcentaje global				91,5
Paso 4	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	39	2	95,1
		TENSUI	3	3	50,0
	Porcentaje global				89,4
Paso 5	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	39	2	95,1
		TENSUI	3	3	50,0
	Porcentaje global				89,4
Paso 6	TENTATIVA SUICIDIO	NOTENT	40	1	97,6
		TENSUI	3	3	50,0
	Porcentaje global				91,5

a. El valor de corte es ,500

## Discusión y conclusiones

La posibilidad de asociación entre determinados rasgos de personalidad y los trastornos bipolares tiene implicancias para el diagnóstico e incluso para la terapia, el pronóstico y la respuesta a los fármacos.

El hecho de encontrar características específicas de personalidad vinculadas a subtipos clínicos de trastornos afectivos también puede ayudar a explicar las diferencias en el curso, la evolución y otros aspectos como el tiempo necesario para la recuperación, la frecuencia de la recurrencia, el riesgo de suici-

dio, adherencia terapéutica y riesgo de recidivas, entre otros.

Por otra parte, la influencia de la manía o depresión agudas en la evaluación de los rasgos de personalidad es clara y ha sido motivo para el cuestionamiento metodológico de muchos trabajos que abordaron las cuestiones de temperamento y carácter en la bipolaridad. En nuestro trabajo, se incluyeron únicamente los sujetos eutímicos pero ante una metodología aun más estricta, la sutileza de la sintomatología subumbral en la personalidad es un fenómeno que se ha estudiado poco y es motivo de controversia.

Otro problema fundamental en la definición de un patrón de personalidad en el trastorno bipolar es la dificultad para determinar si dicho patrón estaría presente como característica premórbida o, si por el contrario, sería una mera consecuencia de la enfermedad.

Existen investigaciones previas sobre la personalidad y el temperamento.

Según la literatura disponible, los pacientes bipolares comparados con individuos sanos, obtienen puntuaciones más altas en la búsqueda de novedades), evitación del daño y dependencia de la recompensa y puntuaciones más bajas de persistencia. Además, se informó que en el trastorno bipolar las puntuaciones más altas en la evitación del daño se asociaron con un inicio precoz de la enfermedad y un menor número de intentos de suicidio.

En cuanto a la Persistencia, diversos autores hallaron valores más bajos comparados con la población general...

Un estudio llevado a cabo en Hungría mostró puntuaciones elevadas para el temperamento ciclotímico e hipertímico en la población masculina, postulando que esta podría ser la causa de la elevada prevalencia de trastorno bipolar en el país.

Un estudio encontró que los temperamentos ciclotimia e irritabilidad se correlacionaron significativamente con una menor autodirección y cooperatividad, pero el tamaño del efecto fue importante sólo para la asociación con autodirección. Por lo tanto, las personas con mayor ciclotimia e irritabilidad podrían ser menos responsables, decididas, y con recursos para hacer frente a los desafíos de la vida, y menos capaces de llevarse bien con los demás que aquellas personas con puntuaciones más bajas para estos temperamentos afectivos.

En nuestro trabajo, los pacientes bipolares (considerando los dos subgrupos) mostraron un perfil de medias acorde a lo establecido en la literatura internacional con valores mínimamente aumentados de búsqueda de novedad, evitación del daño y autotrascendencia con valores reducidos en las dimensiones de dependencia de la recompensa, persistencia, autodirección y cooperatividad. Los valores de Autotrascendencia fueron superiores (especialmente en bipolares I) comparados con los controles. Este último punto, pone de manifiesto aquello que se observa en la clínica cotidiana de observar que los pacientes bipolares I en eutimia se muestran más seguros de sí mismos comparados con los bipolares II.

Sin embargo, la estadística solo mostró valores significativos en la dimensión del temperamento dependencia de la recompensa que se encuentra disminuida en comparación con los controles, especialmente en el subgrupo de bipolares II.

En cuanto al Carácter, nuestros resultados muestran valores más bajos en la Autodirección (una fuerte tendencia para los bipolares I y en forma significativa para el subgrupo de bipolares II) y en la Cooperación (para ambos en forma significativa y en especial el subgrupo de bipolares II) en los pacientes con Trastorno Bipolar comparados con los controles.

Los pacientes bipolares II mostraron índices de madurez más bajos comparados con los bipolares I, que se traduce en una mayor afectación de la personalidad.

En este punto, es de destacar el impacto de la enfermedad en la vida del sujeto en cuanto a las dificultades que puedan presentarse para cumplir los objetivos y desafíos de la vida cotidiana.

Por último, en cuanto a los intentos de suicidio, hemos encontrado una relación entre mayores valores de búsqueda de novedad y una disminución en los valores de persistencia, un dato de trascendencia clínica que desafía a la profundización de estrategias de detección temprana y terapéutica.

Todos estos hallazgos cuestionan la idea de la psiquiatría clásica en cuanto a la recuperación *ad integrum* y la teórica «benignidad» del estado de eutimia del trastorno bipolar. Así mismo, los resultados de nuestra muestra ponen de manifiesto que el subgrupo de bipolares II reviste una gravedad mayor dada por el ciclado rápido y la suicidabilidad.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, el N de casos es limitado y el número total de casos resulta algo exiguo para la realización de técnicas de regresión logística. Esto se debe principalmente a que no todos los casos incluidos en la base de datos del trabajo original contaban con las variables completas en su totalidad.

## Bibliografía

1. Akiskal, H.; Cerkovich Bakmas, M.; Garcia Boneto. Los temperamentos afectivos en el trastorno bipolar. Trastornos bipolares: Conceptos clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos Ed. Médica Panamericana, 2005.
2. Akiskal, H. *The temperamental foundations of affective disorders*. Mundt, C.; Hahlweg, K.; Fiedler, P., eds. London: Gaskell; 1996.
3. Akiskal, H.S.; Akiskal, K.K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Tasman, A.; Riba, M., eds. *Annual Review, vol II*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992:43–62.
4. Akiskal, H.S.; Hantouche, E.G.; Allilaire, J.F. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: «dark» and «sunny» expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord*. 2003;73:49–57.
5. Akiskal, H.S.; Mallya, G. Criteria for the «soft» bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*. 1987;23:68–73.
6. Akiskal, K.K.; Akiskal, H.S. The theoretical underpinnings of affective temperaments: Implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders* 85 (1–2), 231–239 Special Issue: TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego 2005
7. Albores-Gallo, L; Márquez-Caraveo, M.E.; Estañol, B. ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral? *Salud Mental*, Vol. 26, No. 3, junio 2003.
8. Chiaroni, P.; Hantouche, E.G.; Gouvenet, J.; Azorin, J.M.; Akiskal, H.S. The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? *J. Affect. Disord*. 85, 135–145. 2005
9. Cloninger, C.R.; Przybeck, T.R.; Svrakic, D.M.; Wetzel, R.D. *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. Missouri Center for Psychobiology of Personality. St. Louis: Washington University Press; 1994.
10. Cloninger, C.R.; Svrakic, D.M.; Przybeck, T.R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50:975-90.
11. Cloninger, C.R.; Svrakic, D.M. Personality disorders. En: Sadock, B.J.; Sadock, V.A., editores. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 2064-104.
12. Engstrom, C.; Brandstrom, S.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R.; Nylander, P.O. Bipolar disorder. II: Personality and age of onset. *Bipolar Disorders*. 2003;5:340-8.
13. Engstrom, C.; Brandstrom, S.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R.; Nylander, P.O. Bipolar disorder I. Temperament and character. *Journal of Affective Disorders*. 2004;82:131-4.
14. Engstrom, C.; Brandstrom, S.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R.; Nylander, P.O. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disorders* 2004;6:130-8
15. Engstrom, C.; Brandstrom, S.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R.; Nylander, P.O. Bipolar disorder I. Temperament and character. *Journal of Affective Disorders*. 2004;82:131-4.
16. Engstrom, C.; Brandstrom, S.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R.; Nylander, P.O. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disorders* 2004;6:130-8

17. Engstrom, C.; Brandstrom, S.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R.; Nylander, P.O. Bipolar disorder: I. Temperament and character. *J Affect Disord.* 2004;82:131–134.
18. Evans, L.; Akiskal, H.S.; Keck Jr, P.E.; McElroy, S.L.; Sadovnick, A.D.; Remick, R.A. et al. Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *Journal of Affective Disorders* 2005; 85:153-68
19. Evans, L.; Akiskal, H.S.; Keck Jr, P., et al. Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J. Affect. Disord.* 85, 153–168. 2005.
20. Fabiano, G.; Nery, J.P.; Hatch, D.C.; Glahn, M.A.; Nicoletti, E.; Serap Monkul; Najt, P.; Fonseca, M.; Bowden, C.L., Cloninger, R.; Soares, J.C. Rasgos del temperamento y carácter en pacientes con trastorno bipolar y asociaciones con el alcoholismo o trastornos de ansiedad comórbidos. *Psiquiatr. Biol.* 2009;16 (1):12-21.
21. Hantouche, E.G.; Akiskal, H.S. Tools for clinical evaluation of affective temperaments. *Encephale.* 1997;23:27–347.
22. Harnic, D.; Pompili, M.; Mazza, M.; Innamorati, M.; Di Nicola, M.; Catalano, V.; Bruschi, A.; Del Bono, D.; Forte, A.; Lester, D.; Girardi, P.; Bria, P.; Janiri, L. Affective Temperaments and Psychopathological Dimensions of Personality in Bipolar and Cyclothymic Patients, *Behavioral Medicine*, 39:1, 17-23. (2013).
23. Kelsoe, J. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord.*;73:183–197 2003.
24. Kesebir, S.; Vahip, S.; Akdeniz, F.; Yüncü, Z.; Alkan, M.; Akiskal, H. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord.* 2005;85:127–133.
25. Kraepelin, E. *Manic-Depressive Illness and Paranoia.* Edinburgh: Livingstone; 1921. Kretschmer E. *Physique and Character.* London, UK: Kegan Paul; 1936
26. Loftus, S.T.; Garno, J.L.; Jaeger, J.; Malhotra, A.K. Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: a comparison to healthy controls. *J PsychiatrRes.* 2008;42:1131–1136.
27. Mazarini, L.; Pacchiarotti, I.; Colom, F.; Sani, G.; Kotzalidis, G.D.; Rosa, A.R.; Sanna, L.; De Rossi, P.; Girardi, N.; Mar Bonnin, C.; Sanchez-Moreno, J.; Vazquez, G.H.; Gasto, C.; Tatarelli, R.; Vieta, E. Research report Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *Journal of Affective Disorders* 119 28–33 (2009).
28. Mendlowicz, M.; Jean-Louis, G.; Kelsoe, J.; Akiskal, H.S. A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands and normal controls using the short TEMPS-A. *J. Affect. Disord.* 85, 147–151. 2005
29. Nery, F.G.; Hatch, J.P.; Glahn, D.C. Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. *J PsychiatrRes.* 2008;42:569–577.
30. Osher, Y.; Cloninger, C.R.; Belmaker, R.H. TPQ in euthymic manic depressive patients. *Journal of Psychiatric Research.* 1996;30: 353-7.
31. Osher, Y.; Lefkifker, E.; Kotler, M. Low persistence in euthymic manic depressive patients: a replication. *Journal of Affective Disord.* 1999;53:87-90.
32. Pompili, M.; Innamorati, M.; Rihmer, Z. Cyclothymic-depressive anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord.* 2012;136:405–11.
33. Pompili, M.; Innamorati, M.; Rihmer, Z. et al. Cyclothymic-depressive anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord.* 2012;136:405–11.
34. Rihmer, Z.; Akiskal, K.K.; Rihmer, A. Current research on affective temperaments. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23:12–18.8.
35. Rozsa, S.; Rihmer, Z.; Gonda, X. et al. A study of affective temperaments in Hungary: internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-PI-R. *J Affect Disord.* 2008;106:45–53.
36. Tohen, M.; Bowden, C.L.; Calabrese, J.R. et al. Influence of sub-syndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *Br J Psychiatry.* 2006;189:515–519.
37. Vázquez, Gustavo. *Trastornos del estado de ánimo. Depresión y bipolaridad.* Ed Polemos, 2007.
38. Vieta Eduard. *Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos.* Ed. Médica Panamericana, 2001.
39. Young, L.T.; Bagby, M.R.; Cooke, R.G.; Parker, J.D.A.; Levitt, A.J., Joffe, R.T. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar patients and unipolar depression. *Psychiatry Research.* 1995;58:139-43