

Delirios y su relación con el temperamento y carácter en pacientes con trastorno psicótico

María José Cortés Ruiz, Alfonso Gutiérrez-Zotes, Joaquín Valero Oyarzábal, Manel Jarrod Pàmies
y Antonio Labad Alquézar
Universitat Rovira i Virgili y Hospital Universitari Institut Pere Mata

En numerosos estudios y desde diferentes modelos se ha especulado sobre la relación entre personalidad y psicosis. El objetivo de este trabajo es estudiar si las dimensiones o rasgos de personalidad, evaluados con el Modelo de Cloninger y presentes en pacientes psicóticos, están relacionados con niveles de sintomatología delirante. Participaron en el estudio una muestra de 105 pacientes diagnosticados dentro del grupo de esquizofrenias u otros trastornos psicóticos no orgánicos según criterios DSM-IV. La evaluación de los delirios se realiza con la entrevista SCAN. Tras estudiar posibles relaciones y vínculos, nuestros resultados nos podrían llevar a pensar que exista relación entre síntomas delirantes y personalidad de acuerdo con una congruencia afectiva semejante. Así, Evitación del daño presentaría relación con síntomas que cursan con un estado de ánimo depresivo, y Búsqueda de novedades con síntomas que implican un ánimo expansivo.

Delusions and their relation with temperament and character in psychotic patients. Recent studies have investigated the relationship between personality traits and symptomatology in schizophrenia. The aim of this study is to investigate whether Cloninger's dimensional personality traits are related to psychotic delusional symptomatology. In the study, we include a sample of 105 patients with DSM-IV diagnosis of schizophrenia or another psychotic disorder. Delusions were evaluated by the SCAN interview. Our results suggest that some personality traits may contribute to heterogeneity in the presentation of psychotic positive delusional disorder congruent with affective symptoms. Thus, Harm Avoidance would be related to delusions that course with a depressive state and Novelty Seeking to those concurrent with an expansive affectivity.

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico complejo cuya etiología es aún desconocida. Diversos autores entienden esta enfermedad no como una entidad única, sino como un síndrome clínico que compartiría diferentes enfermedades (Buchanan, Kirkpatrick, Heinrichs y Carpenter, 1990; Carpenter, Strauss y Barko, 1981). Los síntomas psicóticos engloban diversos aspectos y por cuestiones funcionales existe la tendencia a crear agrupaciones de síntomas en dimensiones sindrómicas. Son numerosos los autores (Ardnt, Alliger y Andreasen, 1991; Peralta, de León y Cuesta, 1992; Smith, Mar y Turoff, 1998) que sugieren de manera consensuada la existencia de al menos tres dimensiones distintas en cuanto a sintomatología, así: psicótica o positiva, negativa y desorganizada.

En la terminología actual, al hablar de síntomas positivos hacemos referencia a la aparición de una función o comportamiento que un sujeto no tiene. Incluyen ideas delirantes, alucinaciones y experiencias perceptivas inusuales, trastornos formales del pensa-

miento, creencias extrañas, pensamiento mágico y comportamiento extravagante. Estos síntomas son principalmente de carácter perceptivo-cognitivo. Dentro de los síntomas psicóticos, el delirio podría ser el resultado de una particular estructura del carácter (el carácter sensitivo). Ésta determinaría una especial forma de reacción, y estaría influida por motivos o contenidos vivenciales que se producirían en la vida anterior del sujeto (Kretschmer, 1959). De este modo, podrían ser los factores de personalidad los que jugaran un papel importante en su aparición y mantenimiento (Berrios, 1991). Por tanto, la confluencia de una especial configuración caracterial y de acontecimientos vitales específicos podrían desarrollar el delirio y la situación psicótica en personalidades vulnerables.

Por otra parte, se encuentran numerosas evidencias de la importancia de la personalidad en la esquizofrenia, pudiendo los rasgos de personalidad predecir el inicio de la enfermedad (Hogg, Jackson, Rudd y Edwards, 1990; Malmberg, Lewis, David y Allebeck, 1998), el curso del trastorno (Dingemans, Lenior y Linszen, 1998) y las recaídas (Gleeson, Rawlings, Jackson y McGorry, 2005), y relacionarse con la presencia de sintomatología psicótica (Cuesta, Gil, Artamendi, Serrano y Peralta, 2002; Guillem, Bicu, Semkovska y Debruille, 2002; Lysaker, Bell, Kaplan, Greig y Bryson, 1999). Además, a pesar de los efectos debilitantes de la enfermedad, las diferencias de la personalidad seguirían siendo per-

Fecha recepción: 18-12-08 • Fecha aceptación: 20-5-09

Correspondencia: Joaquín Valero Oyarzábal
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut
Universitat Rovira i Virgili
43206 Reus (Spain)
e-mail: valeroj@peremata.com

ceptibles en personas con esquizofrenia (Donat, Geczy, Helmrich y Lemay, 1992; Tien, Costa y Eaton, 1992) y dichas características se mantendrían estables a pesar del curso de la enfermedad (Berenbaum y Fujita, 1994; Kentros et al., 1997).

En la evaluación de la personalidad encontramos las aportaciones de diversos autores, entre ellas el modelo psicobiológico de Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993). En él intenta integrar el sustrato biológico de la personalidad, heredado en una parte importante, con los elementos sobreañadidos durante el desarrollo y por la experiencia sociocultural, definiendo un número de dimensiones temperamentales y caracteriales. Entre los autores que han estudiado la relación de estas dimensiones con la presencia de síntomas psicóticos encontramos a Guillem et al. (2002), quienes observaron que la dimensión psicótica correlacionaba positivamente con Búsqueda de novedades y Autotrascendencia, y de forma negativa con Autodirección. En concreto, que los delirios bizarros se vincularon de forma positiva con ST y negativa con SD. En un estudio posterior (Smith, Cloninger, Harms y Csernansky, 2008) también se hace referencia a la presencia de relación entre ST y la dimensión positiva en pacientes con esquizofrenia. McDonald y Holland (2002), por su parte, encontraron correlaciones entre creencias en lo paranormal y ST en una población de sujetos universitarios.

Este estudio tiene como finalidad intentar correlacionar las dimensiones de personalidad de Cloninger con los síntomas psicóticos delirantes, de cara a poder objetivar si existen relaciones entre estas dimensiones y dichos síntomas. Creemos que este estudio podría servir para que futuras investigaciones sobre la sintomatología y el papel de la neurotransmisión en la psicosis consideren la posibilidad de incluir factores de personalidad.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 105 pacientes, siendo el 72,4% varones y el 27,6% mujeres. La media de edad de los varones es de 33,9 (DE= 9,8) y de 36,4 (DE= 8,2) en las mujeres, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($t = -1,228$; $p = 0,222$). La edad de inicio de los síntomas, en la totalidad de los pacientes, es de 26,1 (DE= 8,7). Los episodios tienen una duración de al menos un mes y la duración media del trastorno es de 9 años aproximadamente. El 68% de los sujetos son solteros y, en promedio, presentan una media de 10,3 años de estudios.

Los pacientes son incluidos en estudio habiendo sido diagnosticados dentro del grupo de esquizofrenias u otros trastornos psicóticos no orgánicos mediante entrevista SCAN según criterios DSM-IV. De ellos, 76 son diagnosticados de esquizofrenia (Paranoide 48,6%, Residual 22,9% e Indiferenciada 1%) y 29 de otros trastornos psicóticos no esquizofrénicos. Entre estos trastornos se incluyen 11 sujetos con trastorno delirante (10,5%) y 18 con trastorno psicótico no especificado (17,1%).

Instrumentos

Para la evaluación psicopatológica utilizamos el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría-SCAN (Vázquez Barquero, 1993). Se obtienen los diagnósticos de los pacientes generados por el programa informático CATEGO. Los trastornos psicóticos se recogen en un conjunto de 236 ítems repartidos entre

las secciones 16 y 20. Es en la sección 19 donde se evalúan los delirios (46 ítems) en una escala de puntuación de 0 a 3.

Los rasgos de personalidad se miden a través del Inventario de Temperamento y Carácter Revisado de Cloninger o *TCI-R (Temperament and Character Inventory)* (Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzel, 1994), en sus 240 ítems de respuesta tipo Likert. Incluye siete dimensiones y 29 subdimensiones. Cuatro dimensiones de temperamento: Búsqueda de Novedades o NS (NS1: excitabilidad exploratoria; NS2: impulsividad; NS3: extravagancia; NS4: desorden), Evitación del daño o HA (HA1: preocupación; HA2: evitación de riesgos; HA3: timidez; HA4: fatigabilidad), Dependencia a recompensas o RD (RD1: sentimentalismo; RD2: calidez; RD3: apego/apertura; RD4: conformidad) y Persistencia o P (P1: esforzado; P2: trabajador; P3: ambición; P4: perfeccionismo). Además, tres dimensiones de carácter: Autodirección o SD (SD1: responsabilidad; SD2: orientación; SD3: recursos; SD4: autoaceptación; SD5: congruencia), Cooperación o C (C1: tolerancia social; C2: empatía; C3: altruismo; C4: compasión; C5: integridad) y Autotrascendencia o ST (ST1: ensimismamiento; ST2: transpersonalidad; ST3: espiritualidad). Se utiliza la versión, baremos y datos normativos españoles publicados en Gutiérrez-Zotes et al. (2004). La muestra para la baremación estuvo compuesta por 400 participantes y fue representativa para las variables sexo y edad del censo español del año 2001, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se consideran puntuaciones altas o bajas respecto a los datos normativos aquellas puntuaciones que están una desviación típica por encima o por debajo de la puntuación media.

Procedimiento

El reclutamiento de los pacientes forma parte de un estudio familiar más amplio en relación a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se realiza en las unidades de hospitalización de corta estancia de agudos y subagudos, una vez estabilizado el paciente de manera adecuada según criterio médico, en concreto, cuando el paciente no presenta síntomas psicóticos agudos. Se incluyen en el estudio pacientes ingresados por sintomatología psicótica positiva y con diagnóstico de trastorno psicótico no orgánico mediante SCAN. Dicha entrevista la realizan una psicóloga y un psiquiatra investigadores titulados y entrenados para el correcto manejo del instrumento por el Dr. Vázquez-Barquero. Se excluyen aquellos pacientes que presentan deterioro cognitivo invalidante evaluado mediante WAIS-III, evidencia de enfermedad orgánica, psicosis inducida por consumo de tóxicos o por ser desaconsejable su participación. Todos ellos son informados por el equipo investigador en cuanto al objetivo que se pretende, los beneficios esperados, el carácter voluntario de su participación, sobre el acceso a los datos y su confidencialidad. A su vez, se les hace entrega de la hoja de información al participante y se firma consentimiento informado previamente aceptado por el CEIC del Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

La validez de las pruebas se realiza según los criterios propios de cada inventario, no incluyéndose en el estudio aquellos que no cumplen dichos criterios. A su vez, se estudia la frecuencia de los síntomas en la muestra recogida y se eliminan los que por su baja frecuencia dificulten el análisis estadístico y el poder obtener resultados. A su vez, se eliminan los 2 primeros ítems o puntos de corte para la sección 19 del SCAN, debido a que no evalúan propiamente síntomas sino que se utilizan para detectar la presencia o ausencia de clínica delirante en el paciente.

Análisis de los datos

Tras la depuración de los datos se realizan los análisis pertinentes en SPSS 15.0. La descripción de las variables demográficas, clínicas y de personalidad se realiza mediante frecuencias y porcentajes en aquellas variables nominales y ordinales. En las variables continuas, con medias y desviaciones estándar. Se tipifican las puntuaciones en función del sexo corrigiendo a partir de los descriptivos del grupo normativo propios de cada escala. La asunción de normalidad de las variables continuas se comprueba con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, confirmándose en todos los casos. Se estudian las relaciones lineales entre las dimensiones de personalidad y los síntomas de la sección 19 del SCAN mediante la correlación de Spearman. Se eliminan del análisis, por su baja frecuencia en la muestra recogida, 5 de los síntomas evaluados: celos no delirantes, delirio de embarazo, delirios hipocondríacos en contexto de depresión, delirios hipocondríacos sin contexto de depresión y delirios relativos a la apariencia. Se eliminan aquellas correlaciones inferiores a 0,26, considerando significativas aquellas que superan dicho valor, asegurando una significación estadística con la obtención de un porcentaje de varianza como mínimo del 8%. Adicionalmente, se realiza un análisis visual mediante Boxplot (diagrama de caja) y un análisis de la varianza para estudiar una posible asociación no lineal mediante los contrastes polinómicos.

Para estudiar las relaciones entre las variables del TCI-R y del SCAN con el objetivo de estudiar posibles agrupaciones entre ellas realizamos el análisis de componentes principales categóricas-CATPCA. Este análisis permite escalar las variables, tanto si son ordinales como nominales o numéricas, a la vez que reduce la dimensionalidad de los datos. El objetivo es la reducción de un conjunto original de variables en un conjunto más pequeño de componentes no correlacionados que representen la mayor parte de la información encontrada en las variables originales. Se recogen las *alphas* de Cronbach como medida de fiabilidad, utilizada aquí como indicador del ajuste del modelo. Para ver la bondad de ajuste se recurre a la varianza total que queda explicada por el modelo.

Para todos los análisis se considera que una relación es estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Resultados

Evaluación de la personalidad

Cuando se comparan las puntuaciones del TCI-R de los pacientes (tabla 1) en relación con los datos normativos se observa un perfil en el que aparecen elevadas las puntuaciones en la dimensión de Evitación del daño, al igual que en sus subdimensiones, entre las que destacan HA1 y HA4. También son altas las puntuaciones en Autotranscendencia, al igual que en todas sus subescalas, ST1, ST2 y ST3. Las puntuaciones son bajas en Auto-dirección, siendo las más bajas en SD1 y SD3, seguidas de SD5. Son moderadamente bajas en Dependencia a recompensas y en algunas de sus subescalas, tales como RD3 y RD4.

Evaluación sintomatológica

Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en la muestra evaluada, o que están presentes en un mayor número de pacientes, son los delirios de ser espiado y los de referencia, los delirios de

interpretación errónea, delirios de persecución y de conspiración. El 61,9% de los pacientes muestran una duración de cualquier delirio superior a 87 semanas, presentando el 73,3% de los sujetos delirios monotemáticos (más posibles elaboraciones accesorias), mostrándose en el 46,7% algo de sistematización. En el 51,4% de los pacientes los delirios no son congruentes con el estado de ánimo y en el 54,3% los delirios no son extravagantes. Los delirios son una característica preponderante respecto a la totalidad del cuadro clínico, en un 89,5% de los pacientes, afirmando una convicción inamovible respecto al contenido del delirio un 61% de ellos. La interferencia con las actividades diarias de los pacientes debida a los síntomas de la sección 19 es severa o incapacitante en el 95,2% de los sujetos.

Tabla 1
Media, desviación estándar y puntuación típica de las dimensiones y subdimensiones del TCI-R

| Dimensiones TCI-R | Media (DE) | PT |
|--------------------------------|----------------|-------|
| NS Búsqueda de novedades | 96,91 (16,81) | 49,20 |
| HA Evitación del daño | 105,97 (20,78) | 58,01 |
| RD Dependencia recompensas | 101,69 (16,35) | 47,29 |
| PS Persistencia | 113,34 (22,43) | 49,72 |
| SD Autodirección | 131,91 (22,10) | 40,33 |
| C Cooperación | 135,31 (16,97) | 46,40 |
| ST Autotranscendencia | 84,15 (20,43) | 63,82 |
| NS1 Excitabilidad exploratoria | 29,47 (7,00) | 47,00 |
| NS2 Impulsividad | 23,51 (5,42) | 51,71 |
| NS3 Extravagancia | 26,43 (7,53) | 50,12 |
| NS4 Desorden | 17,50 (5,48) | 49,18 |
| HA1 Preocupación | 31,65 (7,87) | 55,99 |
| HA2 Evitación de riesgos | 25,10 (5,28) | 52,69 |
| HA3 Timidez | 22,68 (6,49) | 55,04 |
| HA4 Fatigabilidad | 26,55 (7,06) | 59,80 |
| RD1 Sentimentalismo | 30,06 (5,54) | 53,73 |
| RD2 Calidez | 34,80 (7,70) | 49,03 |
| RD3 Apego/Apertura | 18,74 (6,19) | 44,94 |
| RD4 Conformidad | 18,09 (4,63) | 43,76 |
| P1 Esforzado | 29,86 (7,11) | 49,04 |
| P2 Trabajador | 26,74 (6,38) | 47,16 |
| P3 Ambición | 30,83 (8,22) | 51,84 |
| P4 Perfeccionismo | 25,91 (5,86) | 50,25 |
| SD1 Responsabilidad | 25,88 (6,98) | 37,13 |
| SD2 Orientación | 22,11 (5,54) | 45,59 |
| SD3 Recursos | 15,75 (4,68) | 40,41 |
| SD4 Autoaceptación | 31,15 (8,72) | 46,02 |
| SD5 Congruencia | 37,02 (7,06) | 44,40 |
| C1 Tolerancia social | 30,88 (5,12) | 47,84 |
| C2 Empatía | 18,55 (3,54) | 50,05 |
| C3 Altruismo | 29,54 (4,67) | 45,17 |
| C4 Compasión | 28,06 (6,68) | 49,55 |
| C5 Integridad | 28,27 (5,10) | 44,95 |
| ST1 Ensimismamiento | 36,10 (7,96) | 63,25 |
| ST2 Transpersonalidad | 25,50 (8,21) | 59,93 |
| ST3 Espiritualidad | 22,55 (8,48) | 59,91 |

Relaciones entre personalidad y delirios

En relación a las dimensiones de temperamento del TCI-R se observan correlaciones entre Búsqueda de novedades y delirios religiosos de forma positiva, concretamente con la subdimensión NS2 (tabla 2). La subdimensión de Evitación del daño HA4 correlaciona de forma positiva con delirios de culpa o de «no valer para nada» en contexto de depresión, correlacionando negativamente HA2 con explicaciones delirantes físicas y HA1 con delirios de habilidades e identidad grandiosas. La subdimensión RD2 de Dependencia a recompensas correlaciona positivamente con ideas de referencia basadas en estado de ánimo expansivo y delirios de identidad grandiosa. Las dimensiones de carácter también se encuentran correlacionadas, así, Autodirección lo hace negativamente con delirios de persecución, SD1 además con delirios de conspiración y SD3 con delirios de catástrofe en contexto de depresión. Cooperación correlaciona positivamente con delirios de identidad grandiosa. Por último, Autotrascendencia correlaciona positivamente con delirios religiosos, delirios de habilidades e identidad grandiosa, y ST3 además con explicaciones delirantes paranormales. Por otra parte, HA correlaciona con la duración de los delirios (r= 0,20; p= 0,044), con la extravagancia de los mismos (r= -0,22; p= 0,022) y HA1 con la preponderancia de delirios en el cuadro clínico (r= 0,20; p= 0,045).

De manera adicional, al realizar un ANOVA para estudiar otras posibles relaciones no lineales, mediante los contrastes polinómicos, no observándose ninguna relación significativa o destacable entre las variables de personalidad y los síntomas.

Agrupaciones entre síntomas y personalidad (CAPTCA)

Realizamos el análisis incluyendo las 4 dimensiones de temperamento del TCI-R y los síntomas que conforman la sección de delirios o 19 del SCAN. Obtenemos 5 dimensiones, de las que resaltamos 2 que quedan representadas en la tabla 3.

Al estudiar las dimensiones obtenidas la primera es la que mayor varianza explicada obtiene, siendo su *alpha* de Cronbach de 0,881. Podemos ver que todas las dimensiones de temperamento tendrían valores medianamente altos en esta dimensión, a excep-

ción de Búsqueda de novedades. Por otra parte, Evitación del daño aparece con sentido opuesto al resto de dimensiones. Si observamos la representación gráfica de esta dimensión (figura 1) podemos ver que la mayoría de los síntomas se agrupan formando parte del primer cuadrante. Evitación del daño aparecería junto con ideas de referencia basadas en sentimientos de culpa en el mismo cuadrante. Búsqueda de novedades aparecería cercana a delirios de identidad grandiosa.

De la misma forma realizamos el CATPCA incluyendo esta vez las 3 dimensiones de carácter del TCI-R (tabla 4). Al estudiar las dimensiones obtenidas, la primera es la que mayor varianza explicada obtiene, siendo su *alpha* de Cronbach de 0,883, pero es la dimensión 2 la que mejor representa a las variables caracteriales, donde todas las dimensiones de carácter tendrían valores relativamente altos. Esta dimensión queda representada en la figura 1. Allí podemos ver que cercanos a las variables de carácter del TCI-R encontramos síntomas tales como delirios de habilidades grandiosas y de identidad grandiosa, ideas delirantes de referencia basadas en estado de ánimo expansivo y delirios religiosos.

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio nos acercan a una posible conceptualización de los síntomas psicóticos a través de dimensiones de personalidad, y nos sugieren nuevos aspectos de la relación entre inventarios de personalidad y síndromes del Eje I.

Estudios previos con el Modelo de Cloninger indican que en pacientes con trastorno psicótico se observan diferencias en cuanto a las dimensiones de temperamento y carácter, cuando son comparados con sujetos control. Nuestros resultados muestran que los pacientes psicóticos presentan puntuaciones significativamente más altas en Evitación del daño y Autotrascendencia, y significativamente más bajas en Dependencia a recompensas y Autodirección, respecto al grupo normativo. Estas puntuaciones son similares a las obtenidas en otros estudios y confirman descripciones previas de este tipo de pacientes (Guillem et al., 2002; Herrán, Sierra-Biddle, Cuesta, Sandoya y Vázquez-Barquero, 2006; Kurs, Farkas y Ritsner, 2005; Ritsner y Susser, 2004; Stompe et al., 1998; Szöke et al., 2002).

Tabla 2
Correlación de Spearman obtenidas entre los síntomas de la sección 19 del SCAN y las dimensiones y subdimensiones del TCI-R

| Síntomas sección 19 del SCAN | Dimensiones y subdimensiones del TCI-R | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|--------|--------|--------|---------|---------|-----|--------|---------|---------|--------|
| | HA | SD | C | ST | NS2 | HA1 | HA2 | HA4 | RD2 | SD1 | SD3 | ST3 |
| Ideas delirantes de referencia en estado de ánimo expansivo | | | | | | | | | | | | |
| Delirios de persecución | | -0,31** | | | | | | | | -0,38** | | |
| Delirios de conspiración | | | | | | | | | | -0,27** | | |
| Delirios religiosos | | | | 0,31** | 0,36** | | | | | | | 0,41** |
| Explicaciones delirantes paranormales | | | | | | | | | | | | 0,34** |
| Explicaciones delirantes físicas | | | | | | | -0,30** | | | | | |
| Delirio culpa o de «no valer para nada» en contexto de depresión | | | | | | | 0,33** | | | | | |
| Delirios de catástrofe en contexto de depresión | | | | | | | | | | | -0,34** | |
| Delirios de habilidades grandiosas | -0,29** | | | 0,29** | | -0,31** | -0,27** | | | | | 0,26** |
| Delirios de identidad grandiosa | -0,27** | | 0,28** | 0,29** | | -0,27** | | | 0,30** | | | 0,26** |

Nota: ** p ≤ 0,01
 HA: Evitación del daño; SD: Autodirección; C: Cooperación; ST: Autotrascendencia; NS2: Impulsividad; HA1: Preocupación; HA2: Evitación de riesgos; HA4: Fatigabilidad; RD2: Calidez. SD1: Responsabilidad; SD3: Recursos; ST3: Espiritualidad

Tabla 5
CATPCA incluyendo las dimensiones de temperamento y los síntomas de la sección 19 del SCAN

| | Dimensión | | | | |
|---|-----------|--------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Búsqueda de novedades | | -0,513 | | 0,754 | |
| Evitación del daño | 0,636 | 0,891 | | | |
| Dependencia a recompensas | -0,736 | | | | |
| Persistencia | -0,868 | -0,742 | | | |
| Delirios de ser espiado | -1,009 | | | | |
| Delirios de referencia | -0,961 | 0,751 | | | |
| Delirio de interpretación errónea | | | 0,945 | | |
| Citación de ideas | -0,763 | | | | |
| Delirio de identificación errónea | | | | | |
| Suplantación personas familiares | | | | | |
| Percepciones delirantes | -0,540 | | 0,990 | | |
| Ideas de referencia basadas en sentimientos de culpa | 0,642 | | | | |
| Ideas delirantes de referencia basadas en estado de ánimo expansivo | | | | | |
| Delirios de persecución | | 0,991 | -0,494 | | |
| Delirios de conspiración | | 0,744 | -0,511 | 0,610 | |
| Delirios de celos | | | | 0,589 | |
| Erotomanía | | | | | |
| Delirio de que otros le acusan de homosexualidad | -0,525 | | | | |
| Recuerdos delirantes y delirios fantásticos | | | | -0,682 | |
| Preocupaciones sobre delirios previos | | | | -0,846 | |
| Delirios religiosos | | | | | 0,786 |
| Explicaciones delirantes paranormales | | | | 0,562 | |
| Explicaciones delirantes físicas | | | | | |
| Delirio de culpa o de no valer para nada | | | | | -0,555 |
| Delirios de catástrofe en el contexto de depresión | | | | | |
| Delirios de habilidades grandiosas | | | -0,622 | | 0,753 |
| Delirios de identidad grandiosa | | | | | 0,625 |
| Delirios de despersonalización o desrealización | | | | | |
| Autovalores | 2,513 | 2,645 | 2,116 | 2,009 | 1,833 |
| Alfa de Cronbach | 0,881 | 0,842 | 0,823 | 0,772 | 0,763 |
| Varianza explicada (Total autovalores) | 6,659 | 5,319 | 4,856 | 3,907 | 3,782 |

Respecto a las dimensiones temperamentales, Evitación del daño como dimensión neurótica estaría midiendo estado depresivo y ansiedad, y parecería relacionada con los sistemas de inhibición conductual. En puntuaciones elevadas sería mayor la probabilidad de presentar miedos, sentimientos de culpa, sentir desesperanza y soledad, insatisfacción y empobrecimiento emocional y evitación activa en las relaciones sociales. No resulta extraño que estos rasgos de personalidad se relacionen con la aparición de delirios de culpa o de «no valer para nada» en contexto de depresión y con ideas de referencia basados en sentimientos de culpa. La línea de estos hallazgos se confirma con la aparición de vínculos negativos entre HA y síntomas afectivos de expansividad, grandiosidad y euforia. Estos síntomas aparecen relacionados junto a delirios religiosos, a la dimensión de Búsqueda de novedades, relación que podría indicar una tendencia a responder a estímulos novedosos con frecuente actividad exploratoria y un estilo impulsivo de decisión-actuación, lo que ampliaría los resultados obtenidos por Gui-

llem et al. (2002). La dimensión de HA parecería estar relacionada con síntomas relacionados con una afectividad negativa, depresiva, pero también con un deterioro en el funcionamiento social y psíquico producto de la propia enfermedad. Encontramos autores que sugieren que la afectividad negativa podría estar contribuyendo en la aparición o mantenimiento de delirios (Freeman y Garety, 2003; Krabbendam y Van Os, 2005). Por otra parte, puntuaciones altas en Evitación del daño se han encontrado en pacientes psicóticos deprimidos y han sido referidas a pacientes con depresión (Hansenne et al., 1999; Strakowski, Faedda, Tohen, Goodwin y Stoll, 1992). Sin embargo, nuestro estudio obtiene un vínculo entre el contenido afectivo que adopta el delirio y la personalidad del paciente, en principio, no atribuible a un proceso de los síntomas negativos de la enfermedad. A su vez, HA es la que más correlaciona con el predominio y la duración de algunos síntomas psicóticos en el cuadro clínico, por lo que esta dimensión podría ser un marcador de vulnerabilidad al estrés y al mal manejo de sus sínto-

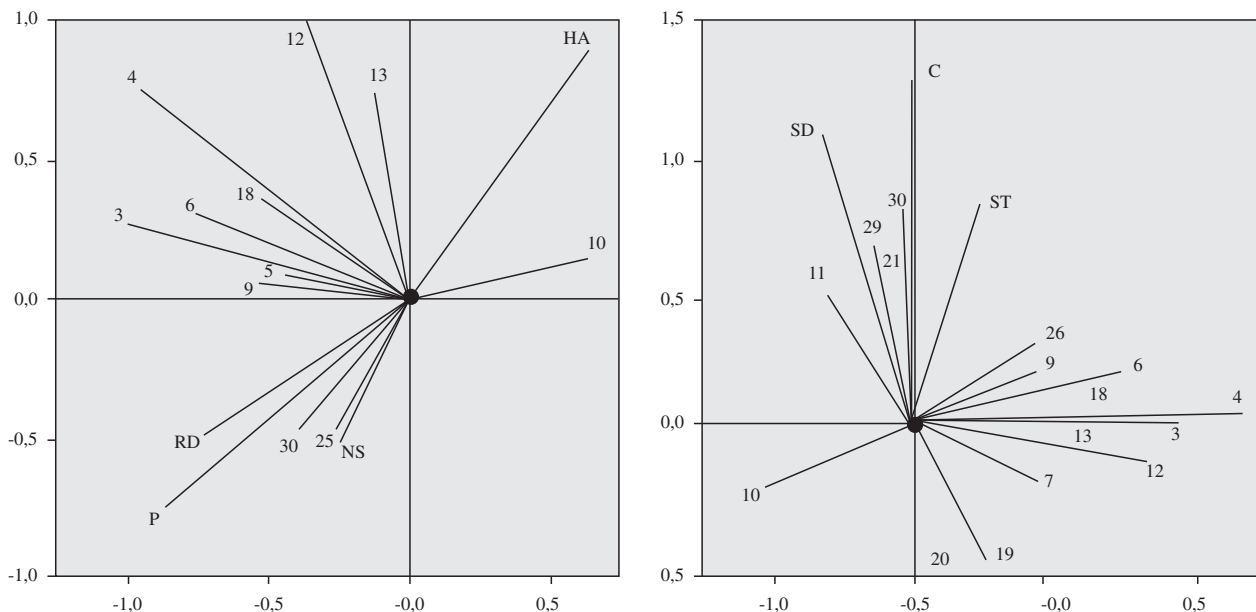


Figura 1. Representación gráfica del análisis CAPTCA para las dimensiones de temperamento y de carácter con los síntomas de la sección 19 del SCAN.

NS: Búsqueda de novedades; HA: Evitación del daño; RD: Dependencia de recompensas; P: Persistencia; SD: Autodirección; C: Cooperación; ST: Autotranscendencia; 3: Delirios de ser espiado; 4: Delirios de referencia; 5: Delirio de interpretación errónea; 6: Citación de ideas; 7: Delirio de identificación errónea; 9: Percepciones delirantes; 10: Ideas de referencia basadas en sentimientos de culpa; 11: Ideas delirantes de referencia basadas en estado de ánimo expansivo; 12: Delirios de persecución; 13: Delirios de conspiración; 18: Delirios de que otros acusan al entrevistado de homosexualidad; 19: Recuerdos delirantes y delirios fantásticos; 20: Preocupaciones por delirios previos; 21: Delirios religiosos; 25: Delirio de culpa o de «no valer para nada» en contexto de depresión; 26: Delirios de catástrofe en contexto de depresión; 29: Delirios de habilidades grandiosas; 30: Delirios de identidad grandiosa

mas en la vida cotidiana. Todo ello nos podría llevar a pensar que ambas dimensiones podrían jugar un papel importante en la aparición y mantenimiento de sintomatología psicótica. De hecho, autores como Poulton y Andrews (1992) demostraron que el neuroticismo, medido según el modelo de Eysenck, era el mejor predictor de acontecimientos vitales negativos en sujetos esquizofrénicos, y que sería este tipo de personalidad el que podría perpetuar las dificultades que se observan en estos pacientes.

En relación a las dimensiones caracteriales, Autodirección como dimensión que hace referencia a la autodeterminación, autoestima y a la habilidad de control y adaptación comportamental de acuerdo a los valores y metas personales, se relaciona negativamente con síntomas de carácter paranoide. La creencia de que están conspirando contra ellos o que son perseguidos, que acontecimientos o frases, aparentemente sin importancia se dirigen a ellos, podrían ser mayores en personas con tendencia a desconfiar de las primeras impresiones y precavidos en la toma de decisiones. Ello nos podría llevar a concluir una ausencia de recursos para el manejo de delirios como el de persecución o conspiración, en los que el paciente vive su realidad e identidad como enajenadas, y en concreto con una ausencia de recursos para su afrontamiento. Del mismo modo que los resultados obtenidos por Guillem et al. (2002), los delirios aparecen vinculados con SD, al igual que en la dimensión de Autotranscendencia, por lo que las variaciones en la estructura del carácter podrían relacionarse con niveles de psicopatología severa como es la clínica delirante. Ambas dimensiones forman parte del perfil que Cloninger et al. (1993) habían relacionado con la presencia de esquizotipia (baja SD y C, alta ST).

Por otra parte, la dimensión de Autotranscendencia con valores altos también ha sido relacionada con la presencia de esquizotipia (Bayón, Hill, Svrakic, Przybeck y Cloninger, 1996; Daneluzzo, Stratta y Rossi, 2005; Guillem et al., 2002; MacDonald y Holland, 2002), se ha definido como una posible forma subclínica de los trastornos psicóticos (Cloninger, Svrakic, Bayon y Przybeck, 1999). Esta dimensión estaría haciendo referencia a aspectos relacionados con la madurez espiritual, la identificación transpersonal y el olvido de uno mismo, y muestra relaciones positivas con delirios de contenido religioso, de grandiosidad y explicaciones paranormales. Esta relación podría interpretarse como una permeabilidad o confusión entre la realidad exterior y el propio pensamiento. Este resultado arrojaría una mayor comprensión de la escala como rasgo esquizotípico de la personalidad o en cualquier caso un rasgo de personalidad desadaptativo y predictor en la emergencia de trastornos psicóticos. En nuestro caso, ello se confirma directamente en pacientes con clínica psicótica con delirios de tipo paranormal. Al igual lo hacen McDonald y Holland (2002), que encuentran correlaciones entre la Escala de creencias en lo paranormal y ST en una población de sujetos universitarios, y entre delirios de tipo religioso. Nosotros encontramos los delirios religiosos relacionados con Autotranscendencia, resultados en la línea que estos autores encuentran en la escala de creencias espirituales y religiosas en sujetos normales. Guillem et al. (2002) también refieren una relación positiva entre ST y la dimensión psicótica, como los delirios bizarros, en pacientes esquizofrénicos.

En este estudio se ha recogido un mínimo del 8% y un máximo del 16% de varianza explicada entre la personalidad y la manifes-

tación de un síndrome del Eje I cual es la psicosis. Los resultados nos aproximan y nos sugieren nuevos aspectos acerca de la relación entre personalidad y trastornos psicóticos. Nos podrían llevar a pensar en la posibilidad de que exista relación entre síntomas y personalidad de acuerdo con una congruencia afectiva semejante. De esta forma, Evitación del daño se relacionaría con síntomas que cursan con un estado de ánimo depresivo y Búsqueda de novedades con síntomas que implican un ánimo expansivo. Es especialmente relevante la dimensión de carácter Autotrascendencia, como rasgo de personalidad desadaptativo o como forma subclínica de esos trastornos (Cloninger et al., 1999). Junto con Autodirección se podría hipotetizar que ambas dimensiones caracteriales podrían jugar un papel importante en el desarrollo de la psicopatología psicótica positiva. Por otra parte, la dimensión temperamental de Evitación del daño como posible indicador de vulnerabilidad y mal manejo de síntomas.

Aún habiéndose considerado como aceptables correlaciones mayores a 0,26 sería conveniente que los resultados obtenidos en este estudio fueran replicados en diferentes muestras, ya que no existen muchos trabajos al respecto. A pesar del número de pacientes evaluados en esta investigación existen síntomas psicóticos que son menos frecuentes en la clínica y cuyos vínculos con las dimensiones de personalidad son difíciles de evaluar, por lo que sería interesante poder profundizar en su conceptualización.

Agradecimientos

Este estudio ha sido cofinanciado, en parte, por el FIS (01/1605 y 060857) y la Marató de TV3/010510.

Queríamos agradecer la colaboración de todos los profesionales de la salud y pacientes que han participado en este estudio.

Tabla 4
CATPCA incluyendo las dimensiones de carácter y los síntomas de la sección 19 del SCAN

| | Dimensión | | | |
|---|-----------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Autodirección | | 1,075 | | |
| Cooperación | | 1,270 | | |
| Autotrascendencia | | 0,816 | | |
| Delirios de ser espiado | 1,011 | | | |
| Delirios de referencia | 1,236 | | | |
| Delirio de interpretación errónea | | | | |
| Citación de ideas | 0,787 | | | |
| Delirio de identificación errónea | | | | |
| Suplantación personas familiares | | | | |
| Percepciones delirantes | | | 1,095 | |
| Ideas de referencia basadas en sentimientos de culpa | -0,524 | | | -0,726 |
| Ideas delirantes de referencia basadas en estado de ánimo expansivo | | | | |
| Delirios de persecución | 0,882 | | -0,774 | |
| Delirios de conspiración | 0,572 | | -0,585 | |
| Delirios de celos | | | | |
| Erotomanía | | | | |
| Delirio de que otros le acusan de homosexualidad | 0,677 | | | |
| Recuerdos delirantes y delirios fantásticos | | -0,517 | | 0,644 |
| Preocupaciones sobre delirios previos | | -0,597 | | |
| Delirios religiosos | | 0,553 | | |
| Explicaciones delirantes paranormales | | | | -0,567 |
| Explicaciones delirantes físicas | | | 0,600 | |
| Delirio de culpa o de no valer para nada | | | | 0,706 |
| Delirios de catástrofe en el contexto de depresión | | | | |
| Delirios de habilidades grandiosas | | 0,658 | | |
| Delirios de identidad grandiosa | | 0,792 | | |
| Delirios de despersonalización o desrealización | | | | |
| Autovalores | 2,505 | 2,392 | 2,122 | 1,983 |
| Alfa de Cronbach | 0,883 | 0,872 | 0,822 | 0,771 |
| Varianza explicada (Total autovalores) | 6,669 | 6,221 | 4,806 | 3,877 |

Referencias

- Ardnt, S., Alliger, R.J., y Andreasen, N.C. (1991). The distinction of positive and negative symptoms: The failure of a two-dimensional model. *The British Journal of Psychiatry*, 158(3), 317-322.
- Bayón, C., Hill, K., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., y Cloninger, C.R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: Relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research*, 30(5), 341-352.
- Berenbaum, H., y Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 148-158.
- Berrios, G.E. (1991). Delusions as «Wrong beliefs»: A conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14), 6-13.
- Buchanan, R.W., Kirkpatrick, B., Heinrichs, D.W., y Carpenter, W.T.Jr. (1990). Clinical correlates of the deficit syndrome of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 147(3), 290-294.
- Carpenter, W.T.Jr., Strauss, J.S., y Bartko, J.J. (1981). Beyond diagnosis: The phenomenology of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 948-953.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., y Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St Louis: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Bayón, C., y Przybeck, T.R. (1999). Measurement of psychopathology as variants of personality. En C.R. Cloninger (Ed.): *Personality and psychopathology* (pp. 33-65). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., y Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cuesta, M.J., Gil, P., Artamendi, M., Serrano, J.F., y Peralta, V. (2002). Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 273-280.
- Daneluzzo, E., Stratta, P., y Rossi, A. (2005). The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 50-55.
- Dingemans, P.M.A.J., Lenior, M.E., y Linszen, D.H. (1998). Personality and schizophrenia relapse. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (suppl. 1), 89-95.
- Donat, D.C., Geczy, B., Helmrich, J., y Lemay, M. (1992). Empirically derived personality subtypes in public psychiatric patients: Effects on self-reported symptoms, coping inclinations and evaluations of expressed emotion in care givers. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 36-50.
- Freeman, D., y Garety, P.A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947.
- Gleeson, J.F., Rawlings, D., Jackson, H.J., y McGorry, P.D. (2005). Agreeableness and neuroticism as predictors of relapse after first-episode psychosis: A prospective follow-up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(3), 160-169.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkowska, M., y Debruille, J.B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 137-147.
- Gutiérrez-Zotes, J.A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C.R., et al. (2004). Inventario del Temperamento y el Cárcer-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1), 8-15.
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., y Ansseau, M. (1999). Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33(1), 31-36.
- Herrán, A., Sierra-Biddle, D., Cuesta, M.J., Sandoya, M., y Vázquez-Barquero, J.L. (2006). Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(5), 538-545.
- Hogg, B., Jackson, H.J., Rudd, R.P., y Edwards, J. (1990). Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 194-199.
- Kentros, M., Smith, T.E., Hull, J., McKee, M., Terkelsen, K., y Capalbo, C. (1997). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: A pilot project. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 549-555.
- Krabbendam, L., y van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 795-799.
- Kretschmer, E. (1959). *Delirio sensitivo paranoide*. Madrid: Labor.
- Kurs, R., Farkas, H., y Ritsner, M. (2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia: Comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research*, 14(2), 433-440.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Kaplan, E., Greig, T.C., y Bryson, G.J. (1999). Personality and psychopathology in schizophrenia: The association between personality traits and symptoms. *Psychiatry*, 62(1), 36-48.
- MacDonald, D.A., y Holland, D. (2002). Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1013-1027.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., y Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172(4), 308-313.
- Peralta, V., De León, J., y Cuesta, M.J. (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *The British Journal of Psychiatry*, 161(3), 335-343.
- Poulton, R.G., y Andrews, G. (1992). Personality as a cause of adverse life events. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(1), 35-38.
- Ritsner, M., y Susser, E. (2004). Temperament types are associated with weak self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: Evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Research*, 128(3), 219-228.
- Smith, D.A., Mar, C.M., y Turoff, B.K. (1998). The structure of schizophrenic symptoms: A meta-analytic confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Research*, 31(1), 57-70.
- Smith, M.J., Cloninger, C.R., Harms, M.P., y Csernansky, J.G. (2008). Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia Research*, 104(1-3), 198-205.
- Stompe, T., Willinger, G., Fischer, G., Meszaros, K., Berger, P., Strobl, R., et al. (1998). The unified biosocial model of personality in schizophrenia families and controls. *Psychopathology*, 31(1), 45-51.
- Strakowski, S.M., Faedda, G.L., Tohen, M., Goodwin, D.C., y Stoll, A.L. (1992). Possible affective-state dependence of the Tridimensional Personality Questionnaire in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 41(3), 215-226.
- Szöke, A., Schürhoff, F., Ferhadian, N., Bellivier, F., Rouillon, F., y Leboyer, M. (2002). Temperament in Schizophrenia: A study of the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *European Psychiatry*, 17(7), 379-383.
- Tien, A.Y., Costa, P.T., y Eaton, W.W. (1992). Covariance of personality, neurocognition and schizophrenia spectrum traits in the community. *Schizophrenia Research*, 7(2), 149-158.
- Vázquez Barquero, J.L. (1993). *SCAN: Cuestionarios para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría*. Madrid: Meditor.