

DETECCION DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION MEDICA

Catalina González Forteza, Jorge Caraveo Anduaga, Luciana Ramos Lira
Jorge Villatoro Velázquez

Instituto Mexicano de Psiquiatría

INTRODUCCION

El estudio de los trastornos de la personalidad es un área de gran controversia, ya que conceptualmente, algunos los enfocan desde la perspectiva dimensional (Eysenck, 1960, Cattell, 1965), otros desde la psicodinámica, aunque en la clínica común se utiliza un sistema categórico, como lo son el DSM-III (APA, 1980) o la CIE-9 (OMS/OPS, 1975).

Livesley (1987) considera que las clasificaciones de los trastornos de la personalidad son aún una etapa preliminar de desarrollo a pesar de la gran cantidad de investigación clínica realizada. Considera que a la fecha no se han logrado obtener descripciones confiables de patrones básicos, ya que de hecho, las diferentes categorías de los trastornos implican en muchos casos síntomas que se traslapan con otros trastornos. El problema de desarrollar una clasificación de los trastornos de la personalidad es entonces muy similar al problema de desarrollar una prueba para evaluar un constructo de la personalidad.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 9a. Revisión (CIE-9) considera a los trastornos de la personalidad como patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque con frecuencia se vuelven menos obvios en la edad media o en la vejez. La personalidad es anormal ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión, o en el aspecto total. Debido a esta desviación, la persona sufre o las otras personas sufren por este motivo y existe un efecto adverso sea en el individuo o en la sociedad.

Sin embargo muchos de los sujetos con este tipo de trastornos no presentan invalidez ni incapacidad funcional. Más aún, dado que la salud y la enfermedad se encuentran en un "continuum", el sujeto puede ser asignado probabilísticamente a un determinado trastorno, ya que diferentes personas se ajustan a las categorías en diferentes grados de severidad (Cantor y Mischel, 1979).

Por lo anterior, es probable que muchos sujetos con un trastorno de la personalidad no sean reconocidos por los médicos cuando llegan a acudir por un problema físico a algún nivel de atención de los servicios de salud.

El presente trabajo analiza la información obtenida de pacientes que acudieron a consulta a la práctica médica familiar y que fueron diagnosticados con un trastorno de la personalidad según las categorías de la CIE-9. Se comparan el grado de severidad del trastorno atribuido por el médico tratante. Finalmente se analizan las características sociodemográficas de sexo, edad y estado civil, así como

el motivo de consulta y el puntaje obtenido en el Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg (1972) asociados a los pacientes distinguiendo 2 niveles de severidad: 1). Rasgos de la personalidad, que contempla a los individuos cuyas alteraciones emocionales no fueron suficientemente intensas o se confunden con su estructura caracterológica; y 2). Trastornos de la personalidad, que contempla a los sujetos cuya sintomatología psíquica requiere de apoyo psicológico y/o psiquiátrico.

Lo anterior tiene como objetivo proporcionar elementos que permitan al médico tratante identificar a los pacientes que acuden con él por padecimientos físicos, pero que requieren ser atendidos en aspectos concernientes al campo de la salud mental.

METODO

La muestra se constituyó por 93 pacientes. Estos proceden de un estudio epidemiológico de tipo retrospectivo más amplio llevado a cabo en una clínica del IMSS (Pucheu y Padilla, 1986) con el objetivo de evaluar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica familiar.

En dicho estudio, se utilizó un modelo de 2 etapas aplicando primeramente el Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg como instrumento de detección de probables casos, no psicóticos y en segundo término se aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) (Goldberg y Cooper, 1970) como instrumento clínico para la confirmación de casos; posibilitando obtener un diagnóstico y una Evaluación Global de Severidad (EGS) del estado del paciente en base a los siguientes criterios: 1). Sujeto asintomático en su dimensión mental; 2). El sujeto presenta algunas alteraciones emocionales o psicológicas pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico porque no son suficientemente intensas o se confunden con la estructura caracterológica; 3). La sintomatología mental presentada por el sujeto es moderada y no complicada, requiriendo atención en la consulta externa; 4). El sujeto requiere necesariamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable; 5). El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

Asimismo, el médico tratante aplicó la Escala de Valoración del Paciente por el Médico Familia (EVFAM) la cual permitió obtener su opinión personal sobre la severidad atribuida a la característica psicológica y psicopatológica de los pacientes.

Los criterios de selección de los sujetos fueron:

1. Mayores de 18 años
2. Usuarios de la clínica y adscritos al médico familiar
3. Que acudieron a solicitar consulta médica -matutina y vespertina-, durante el mes de trabajo de campo.

El procedimiento se reporta ampliamente en otro trabajo (Pucheu y Padilla, 1986).

Los sujetos seleccionados para este trabajo, fueron aquellos pacientes que fueron evaluados en la EPE con las categorías diagnósticas de Trastornos de la Personalidad, según la 9a. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Esta submuestra constituyó el 11.7% del total (n=93) de entrevistas, de las cuales poco más de la mitad de los pacientes (6.12%) ameritaban intervención psicológica y/o psiquiátrica, según la apreciación de los clínicos. En el cuadro 1 se presentan las características generales de la muestra.

Cuadro 1

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
(n= 93)

	f	%
<u>SEXO</u>		
Masculino	23	24.7
Femenino	70	75.3
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Solteros	27	29.0
Casados/Unión Libre	58	62.4
Separados/Divorciados	3	3.2
Viudos	5	5.4
<u>MOTIVO DE LA CONSULTA</u>		
Padecimientos agudos	72	77.4
Padecimientos crónicos	18	19.4
Sin enfermedad	3	3.2
<u>EDAD</u>		
18 - 29	47	50.5
30 - 39	24	25.8
40 - 49	12	12.9
50 y más	10	10.8

Se calculó la media de puntajes de severidad obtenidos por los pacientes según el médico tratante en el EVFM, y según el clínico con la EPE.

Para analizar las variables mencionadas según el grado de severidad asignado por el clínico con la EPE, se agrupó la información de la siguiente forma: por un lado a los sujetos que fueron evaluados con una severidad de 2 (rasgos de la personalidad) y por otro los que fueron evaluados con una severidad de 3/4 (trastorno de la personalidad moderado/intenso como para requerir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico).

RESULTADOS

El clínico (psicólogo/psiquiatra) que aplicó la EPE detectó un grado de severidad en el trastorno de 2 a 3 ($\bar{X} = 2.6 + .58$), es decir de leve a moderado, mientras que el médico tratante en el EVFM designó grados de severidad de 1 a 2 ($\bar{X} = 1.5 + .80$), de ausente a leve. Lo que muestra una menor sensibilidad de este último para detectar trastornos de la salud mental.

Posteriormente se calculó el Riesgo Relativo (Lilienfeld y Lilienfeld, 1983) por ser una medida adecuada para evaluar la fuerza de asociación entre una característica y la enfermedad, en este caso los trastornos de personalidad. Las características de sexo, edad, estado civil y motivo de consulta arrojaron un riesgo relativo no significativo, tanto por sí solas o en interacción.

Cuadro 2

INDICES DE ASOCIACION ENTRE LOS RANGOS DE LOS PUNTAJES DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (CGS) LA EVALUACION GLOBAL DE SEVERIDAD
2 y 3/4

VARIABLE	CARACTERISTICA	RIESGO RELATIVO	χ^2	INTERVALO DE CONFIANZA
CGS - 2	*1-10	3.92	8.56	1.6 a 9.4
	*1-10 FEMENINO	7.72	13.90	2.6 a 22.6
CGS - 3/4	*11-20	3.28	6.49	1.4 a 7.8
	*11-20 FEMENINO	4.20	6.81	1.5 a 11.8

* Riesgo Relativo > 1.96 y $\chi^2 > 3.84$: por tanto, es improbable que la asociación sea debida al azar.

En cuanto a los índices de asociación entre el puntaje de CGS y la EGS dada por la EPE, se observa en el cuadro 2 que los datos significativos se presentaron en las mujeres, en quienes los puntajes de 1 a 10 se asociaron a la categoría de Rasgos de la Personalidad, con un 95% de confianza de que el riesgo de no presentar malestar psíquico sea de 2 a 22 veces mayor que en las pacientes con puntajes más altos.

Acorde a lo esperado, las pacientes con puntajes de 11 a 20 se asociaron a los Trastornos de la Personalidad, con un 95% de confianza de que el riesgo de ameritar tratamiento sea de 1 a 11 veces mayor que en las mujeres con puntajes más bajos.

CONCLUSIONES

El motivo del presente trabajo obedece a la alta frecuencia de Trastornos de la Personalidad detectados en la Práctica Médica Familiar.

Podemos observar que el médico tratante tuvo una baja sensibilidad en captar el estado emocional de sus pacientes. Esta situación concuerda con lo reportado en otros estudios en el mismo ámbito (Caraveo y cols, 1986), por lo que se sugiere llevar a cabo programas de actualización para médicos familiares, en la detección y manejo de pacientes con alteraciones psiquiátricas.

El interés de delimitar algunas características sociodemográficas asociadas a los pacientes con Trastornos de la Personalidad, a fin de que el médico tratante pudiera identificar algunos factores de riesgo no pudo ser respondido. Por lo que se requiere profundizar la investigación epidemiológica en esta área. Aunque cabe señalar que los problemas implícitos en la misma conceptualización y categorización de los Trastornos de la Personalidad, dificultan su investigación más aún que otro tipo de trastornos de la salud mental (Casey y Tyrer, 1986).

Por otro lado, el hallazgo de que el Cuestionario General de Salud permite diferenciar la severidad entre los rasgos y los Trastornos de la Personalidad, bien podría apuntar a recomendar su utilización como una herramienta sencilla de manejar por el médico tratante, a fin de

facilitar la detección de pacientes que acuden a él por un padecimiento físico pero que pueden requerir de apoyo del equipo de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tercera Edición. APA. Washington D.C.
- Cantor, N., Mischel, W. (1979), Prototypes in person perception. En: Berkowitz, L. (Ed.) Advances in Experimental Social Psychology, 12. New York: Academic Press.
- Caraveo, J., González, C., Ramos, L., Mendoza, P. (1986), Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. Salud Pública de México, 28, 504-514.
- Casey, P.R., Tyrer, P.J. (1986), Personality, functioning and symptomatology. J. Psychiat. Res. 20, 363-374.
- Cattell, R.B. (1965), The Scientific Analysis of Personality. Penguin, Harmondsworth.
- Eysenck, H.J. (1960), The Structure of Human Personality. New York. Wiley.
- Goldberg, D.P., Cooper, B., et al. (1970), A Standardized Psychiatric Interview for use in community surveys. Br. J. Press Soc. Med. 24, 18-23.
- Goldberg, D.P. (1972), The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire, Maudsley Monograph No. 21, London Oxford University Press.
- Lilienfeld, A., Lilienfeld, D. (1983), Fundamentos de Epidemiología. México, Fondo Educativo Interamericano.
- Livesley, W.J. (1987), Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders. Journal of Personality Disorders, 1, 88-94.
- Organización Mundial de la Salud/OPS. (1975), Clasificación Internacional de las Enfermedades, 9a. Revisión.
- Pucheu, R.C., Padilla, P. (1986), "Desórdenes mentales en la práctica Médica Familiar. Análisis de algunos indicadores de su frecuencia en México. Rev. Int. Med. Fam. (En prensa).