

Trastornos de personalidad y rasgos de temperamento y carácter en militares con y sin trastorno por estrés postraumático[†]

Mayor M.C. José de Jesús **Almanza-Muñoz**,*

M.C. Francisco **Páez-Agraz**,** Mayor M.C. Marcos **Hernández-Daza*****

Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional. Instituto Jalisciense de Salud Mental.
Escuela Militar de Graduados de Sanidad; Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN

Antecedentes. Existe evidencia que asocia la personalidad y algunos factores de temperamento y carácter con el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El modelo psicobiológico de la personalidad ofrece un paradigma que permite explorar dicha asociación, hasta el momento no estudiada en nuestro medio.

Objetivo. Evaluar la presencia de trastornos de personalidad y las dimensiones de temperamento y carácter en militares con y sin TEPT.

Método. Un grupo de 21 militares con diagnóstico de TEPT y un grupo de 34 militares sin dicho diagnóstico fueron estudiados mediante entrevista semiestructurada con base en criterios del DSM-III-R y con la aplicación del Cuestionario revisado para Diagnóstico de Personalidad, así como el Inventario de Temperamento y Carácter.

Resultados. Existieron más trastornos de personalidad en el grupo de casos con TEPT, principalmente del Grupo B de trastornos de personalidad (44%). El trastorno de personalidad histriónica ($p = 0.02$) y el trastorno de personalidad evitativa ($p = 0.04$) fueron significativamente más frecuentes en el grupo de casos con TEPT. El rasgo temperamental de evitación del daño fue significativamente mayor en quienes cursaron con TEPT (13.2 vs. 9.6; $F = 10.2$; $df = 1.53$; $p < 0.01$). La dimensión de autodirectividad fue significativamente menor en militares con TEPT (32 vs. 35.4; $F = 5.7$; $df = 1.53$; $p = 0.02$).

Conclusión. Estos datos sugieren que los trastornos histriónico y evitante de personalidad, así como el rasgo de evitación del daño pueden asociarse a la presencia de TEPT, en tanto que la autodirectividad se encuentra disminuida en pacientes expuestos a trauma. Es recomendable continuar esta línea de investigación para confirmar la consistencia de estos hallazgos.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno de personalidad histriónica, trastorno de personalidad evitante.

Personality disorders, temperament and character traits in soldiers with and without posttraumatic stress disorder

SUMMARY

Objectives. To assess Personality Disorders, Temperament and Character dimensions in soldiers with posttraumatic stress disorder (PTSD) as compared to a group without PTSD.

Method. A group of 21 soldiers with DSM-III-R diagnosis of PTSD and 34 soldiers without PTSD, both of whom had been exposed to similar multiple stressors as a part of their duties in the Mexican Army, were studied from those recruited in a prevalence study of PTSD in the military. Psychiatric DSM-III-R diagnoses were assigned according to the WHO's Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Personality dimensions were evaluated by the Personality Diagnostic Questionnaire Revised (P-DQ-R), and the Temperament and Character Inventory (TCI).

Results. There were more personality disorders in the PTSD group, the more important being in Cluster B (44%). Histrionic Personality Disorder, ($p = 0.02$), and Avoidant Personality Disorder, ($p = 0.04$), were significantly more frequent among those with PTSD. The Harm Avoidance trait of Temperament was significantly higher among those with PTSD (13.2 vs 9.6; $F = 10.2$; $df = 1.53$; $p < 0.01$). The Self Directedness dimension of Character was significantly lesser in the soldiers with diagnosed PTSD (32 vs 35.4; $F = 5.7$; $df = 1.53$; $p = 0.02$).

Conclusion. These data suggest that some personality disorders and temperament dimensions may be associated with greater vulnerability to developing PTSD in soldiers exposed to trauma.

Key words: Posttraumatic stress disorder (PTSD), Histrionic personality disorder, avoidant personality disorder.

* Jefe de Salud Mental. Dirección General de Sanidad, S.D.N. ** Subdirector de Investigación. Instituto Jalisciense de Salud Mental. *** Jefe del Curso de Especialización y Residencia en Psiquiatría General, EMGS y Jefe de la Sala de Psiquiatría de Mujeres del H.C.M.

[†] Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en la 150a. Reunión anual de la Asociación Psiquiátrica Americana en San Diego California, EUA, mayo 21, 1997.

Correspondencia:

Dr. José de Jesús Almanza Muñoz

Apartado postal 10-1166, C.P. 11649 México, D.F. Tel.: 5626-5911, Ext. 5626 Fax: 5626-5976. E-mail: almanzaj@yahoo.com

Recibido: Mayo 16, 2005.

Aceptado: Mayo 20, 2005.

Introducción

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se asocia en forma elevada a condiciones comórbidas tales como depresión,^{1,2} ansiedad,¹ y abuso de sustancias.³ La patología del carácter y trastornos de personalidad han sido descritos en reportes de casos de TEPT,⁴ estudios de autorreporte^{5,6} y estudios de prevalencia.⁽⁷⁾ Medidas dimensionales de personalidad tales como el Inventario de Personalidad de Minnesota, versión revisada (MMPI-2)⁸ y el Inventario de Personalidad de Neuroticismo, Extraversión y Apertura a la Experiencia (NEO-PI)⁹ han sido también aplicadas al estudio del TEPT. Por otro lado, trastornos de personalidad tales como el histriónico, el evitante y el paranoide han sido relacionados con el TEPT.^{5,6,7,10}

El modelo psicobiológico de la personalidad^{11,12} incluye las dimensiones del temperamento (búsqueda de lo novedoso, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia) y del carácter (autodirectividad, cooperatividad y autotranscendencia) y ha sido explorado en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada¹³ encontrando puntajes substancialmente incrementados en la dimensión de evitación del daño. Veteranos de combate con TEPT se han encontrado altos en la dimensión de evitación del daño, bajos en la dimensión de dependencia de recompensa y altos en la búsqueda de lo novedoso¹⁴. No hay reportes relativos a las dimensiones de carácter hasta donde tenemos conocimiento.

Este estudio está orientado a examinar la presencia de trastornos de personalidad y las dimensiones de temperamento y carácter en soldados jóvenes del ejército mexicano quienes reunieron los criterios para el TEPT después de estar expuestos a estresores múltiples durante diversas operaciones militares, en comparación con soldados que habiendo experimentado similares estresores traumáticos no desarrollaron TEPT.

Método

Participantes y procedimiento diagnóstico: Un grupo de 21 soldados con diagnóstico confirmado de TEPT fueron captados de un estudio de prevalencia previo efectuado en el Hospital Central Militar en la ciudad de México¹⁵. Como controles, un grupo de 32 militares sin TEPT fueron aleatoriamente seleccionados de la misma cohorte, la cual fue igualmente expuesta a eventos traumáticos de diversa severidad en los últimos seis meses previos al estudio. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes.

El diagnóstico de TEPT se definió con base en los criterios diagnósticos del DSM-III-R¹⁶, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)¹⁷ y la aplicación de la Escala de Mississippi para diagnóstico de TEPT¹⁸ en su versión en idioma Español¹⁹.

Instrumentos de evaluación: CIDI (The Composite International Diagnostic Interview). La Entrevista Diagnóstica Internacional está compuesta por 276 reactivos y es una entre-

vista diagnóstica estandarizada para la evaluación de trastornos mentales. Su confiabilidad y validez han sido ampliamente establecidas²⁰. PDQ-R (The Personality Diagnostic Questionnaire-Revised). El Cuestionario de Trastornos de Personalidad Revisado es un instrumento autoadministrado dicotómico (falso/verdadero) que conduce a un diagnóstico de trastornos de personalidad consistentes con el DSM-III-R¹⁶. Su confiabilidad y validez es adecuada tanto en idioma Inglés²¹ como en Español²². TCI (The Temperament and Character Inventory). El inventario de temperamento y carácter es un cuestionario autoadministrado que se califica con falso o verdadero y consta de 226 reactivos que exploran las dimensiones de temperamento y carácter. Su confiabilidad y validez han sido establecidas en su idioma original²³ así como en idioma Español.²⁴

Se llevó a cabo estadística descriptiva y contraste nominal mediante χ^2 y comparativa a través de la prueba "t" de Student.

Resultados

El grupo con TEPT tuvo en forma global 54 trastornos de personalidad en comparación con el grupo control que sólo tuvo 39 trastornos de personalidad. El promedio de trastornos de personalidad por persona en nuestro estudio fue de 2.57 (54/21) en militares con TEPT versus 1.2 (39/34) en aquellos sin TEPT. En el grupo con TEPT el trastorno histriónico de personalidad (16.66%) fue el más frecuente, seguido del trastorno narcisista (12.96%), esquizoide (12.96%), trastorno de conducta (11.11%), paranoide (9.25%) y evitante (9.25%). El trastorno de personalidad autoderrotista fue el menos común. No se reportó ningún trastorno de personalidad antisocial. En el grupo sin TEPT los trastornos de personalidad más comunes fueron el paranoide (17.9%), esquizoide (15.3%), narcisista (12.8%), histriónico (10.2%) y obsesivo-compulsivo (10.2%) (*Cuadro 1*).

Los trastornos de personalidad del Grupo B de acuerdo al DSM-III-R fueron histriónico (37.5%) y narcisista (29.1%) para el grupo con TEPT, mientras que para el grupo sin TEPT fueron narcisista (35.7%), seguido de histriónico (28.5%) (*Cuadro 2*). 16 casos de militares con TEPT tienen trastornos de personalidad que se ubican dentro del Grupo C (DSM-III-R) de los cuales el evitante (31.2%), el dependiente (25%) y el obsesivo-compulsivo (25%) fueron los más comunes; para el grupo sin TEPT el trastorno de personalidad más común fue el obsesivo-compulsivo (36.3%) (*Cuadro 2*). Los trastornos de personalidad histriónico ($p=0.02$) y evitante ($p=0.04$) fueron significativamente más frecuentes en el grupo de militares con TEPT. Dentro del Grupo A de trastornos de personalidad del grupo con TEPT, se diagnosticaron 14 trastornos de personalidad (25.9%), el más común fue el trastorno de personalidad esquizoide (50%); los militares sin TEPT mostraron 16 trastornos de personalidad (39%), encabezados por el trastorno de personalidad paranoide (43.7%).

Cuadro 1. Prevalencia de trastornos de personalidad (DSM-III-R) en militares con y sin TEPT.

Grupo Trastorno de personalidad	TEPT n = 21		NO TEPT n = 34	
	n	%	n	%
Histriónico(a)	9	16.6	4	10.2
Narcisista	7	12.9	5	12.8
Esquizoide	7	12.9	6	15.3
Trastorno de conducta	6	11.1	0	0
Paranoide	5	9.2	7	17.9
Evitante	5	9.2	1	2.5
Dependiente	4	7.4	1	2.5
Obsesivo-compulsivo	4	7.4	4	10.2
Pasivo-agresivo	2	3.7	3	7.6
Esquizotípico	2	3.7	3	7.6
Límite	2	3.7	3	7.6
Autoderrotista	1	1.8	2	5.1
Antisocial	0	0	0	0
Total	54	100	39	100

(a) p = 0.02

(b) p = 0.04

Cuadro 2. Trastornos de personalidad en militares con y sin TEPT.

Grupo	TEPT n = 21		NO TEPT n = 34	
	n	%	n	%
Grupo A (DSM-III-R)	14	25.9	16	39.0
Esquizoide	7	50	6	37.5
Esquizotípico	2	14.2	3	18.7
Paranoide	5	35.8	7	43.7
Grupo B (DSM-III-R)	24	44.4	14	34.1
Histriónico	9	37.5	4	28.5
Narcisista	7	29.1	5	35.7
Límite	2	8.3	3	21.4
Antisocial			0	
Grupo C (DSM-III-R)	16	29.6	11	26.8
Evitante	5	31.2	1	9.0
Dependiente	4	25	1	9.0
Obsesivo-compulsivo	4	25	4	36.3
Pasivo-agresivo	2	12.5	3	7.3
Autoderrotista	1	6.2	2	18.1

(a) p = 0.02

(b) p = 0.04

En relación con las dimensiones de temperamento y carácter, se encontró que la subescala de evitación del daño fue significativamente más alta entre militares con TEPT en comparación con aquellos que no presentaron TEPT (13.2 vs 9.6; $F=10.2$; $df=1.53$; $p<0.01$). Las subescalas de búsqueda de lo novedoso, dependencia de recompensa y persistencia no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 3). Por otra parte, la dimensión de autodirectividad fue significativamente más baja entre los militares con TEPT en comparación con quienes no presentaron el trastorno (32 vs 35.4; $F=5.7$; $df=1.53$; $p=0.02$). Las dimensiones de cooperatividad y autotrascendencia no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 3).

Discusión

Nuestro estudio identifica en forma significativa mas trastornos de personalidad en el grupo con TEPT en comparación con el grupo sin TEPT (2.57 vs 1.2). Este dato es similar al de Hyler y cols (1992), quienes reportan 3.8 trastornos de personalidad por paciente con TEPT al aplicar el Cuestionario de Trastornos de Personalidad Revisado (PDQ-R) (21). Los diagnósticos tienden a aparecer predominantemente en el Grupo B de Trastornos de Personalidad (DSM-III-R), seguidos del Grupo C. El Grupo A fue menos representado, pero fue mas frecuente en el grupo sin TEPT. Esta diferencia sugiere un incremento en la vul-

Cuadro 3. Dimensiones de temperamento y carácter en militares con y sin TEPT.

Grupo	TEPT n = 21 Media	NO TEPT n = 34 Media
Temperamento		
Búsqueda de lo novedoso	17.1	17.2
Evitación del daño	13.2	9.6
Dependencia de recompensa	13.5	13.1
Persistencia	5.0	4.7
Carácter		
Autodirectividad	32.0	35.4
Cooperatividad	28.2	30.2
Autotranscendencia	12.4	10.2

(a) ($F = 10.2$; $df = 1.53$ $p < 0.01$)(b) ($F = 5.7$; $df = 1.53$ $p = 0.02$)

nerabilidad para la ocurrencia o presentación del TEPT en personas con trastornos de personalidad de los Grupos B y C (DSM-III-R).

La significativa existencia de trastornos de personalidad histriónicos y evitantes asociados a TEPT ha sido reportada por otros autores (5,6,10) y nuestros datos son consistentes con dichos hallazgos. Por otro lado, no encontramos una frecuencia elevada de trastorno de personalidad paranoide como describen otros autores (7, 25). Nosotros también hemos confirmado una incidencia relativamente baja (7.4%) de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo en el grupo con TEPT, como ha sido reportado en otros estudios (5,6,7,10). El Trastorno de Conducta constituyó el cuarto diagnóstico más frecuente y no fue encontrado en el grupo control, un hallazgo similar ha sido reportado por Escobar y cols en una muestra de hispanos (26).

Nuestros resultados confirman puntajes elevados en la subescala de evitación del daño reportados para los trastornos de ansiedad en general (13,27), y en ese mismo sentido, nuestros datos muestran también la coexistencia de alta evitación del daño y trastorno de personalidad evitante como ha sido reportado por otros autores (28). Nuestro hallazgo de alta evitación del daño en militares con TEPT es congruente con lo reportado con Richman y Frueh (14), sin embargo nuestros puntajes para la búsqueda de lo novedoso y para la dependencia de la recompensa fue similar para los grupos con TEPT y sin TEPT, como fue referido por esos mismos autores. Estos hallazgos sugieren que características de la evitación del daño, tales como aprehensividad, temor, timidez tienen cierta similitud con algunos síntomas del TEPT y pueden por ello predisponer al desarrollo del trastorno.

La subescala de autodirectividad fue encontrada significativamente baja en el grupo con TEPT en forma congruente con otros reportes (5,6,7,10). La subescala de autotranscendencia fue discretamente mayor en el grupo con TEPT. El significado de este hallazgo es poco claro, la autotranscenden-

dencia demostrada por pensamiento transpersonal, idealístico y espiritual (29) parece ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de TEPT en personas que enfrentan situaciones peligrosas. La baja autodirectividad sugiere que los militares con TEPT parecen tener cierta incapacidad para utilizar defensas psicológicas maduras tales como supresión y sublimación.

En otro sentido, la elevación de la subescala de la evitación del daño se ha correlacionado con elevación de la actividad serotoninérgica, la cual influye sobre la función del núcleo del rafe, del sistema límbico, del septum y del hipocampo, estructuras cerebrales que han sido relacionadas con la neuropsicobiología del TEPT en varios estudios (11,30,31,32). Esta correlación sugiere una interfase psicobiológica de enorme interés para investigación futura (28,33) y puede ser relevante para explorar diversas modalidades de tratamiento (29) del TEPT.

Conclusiones

En resumen, nuestro estudio agrega información acerca de la importante prevalencia de los trastornos de personalidad en el trastorno por estrés postraumático en población militar mexicana expuesta a diversos niveles de estrés en operaciones militares: la preponderancia de los trastornos de personalidad histriónico y evitante; la alta evitación del daño como rasgo de temperamento; y la baja autodirectividad como rasgo de carácter. Todo lo cual sugiere que además de la severidad del trauma, la personalidad, el temperamento y el carácter pueden ser factores que contribuyen al desarrollo del TEPT. Es importante continuar con esta línea de investigación para confirmar la consistencia de estos hallazgos en otros grupos poblacionales.

Referencias

1. Mellman TA, Randolph CHA, Brawman-Meltzer O, Flores LP, Milanes FJ. Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *Americ J Psych* 1992; 149: 1568-74.
2. The Iowa Persian Gulf Study Group (Schatz DA, Doebbeling BN, Merchan JA, et al). Self reported illness and health status among Gulf War veterans. A population-based study, the Iowa Persian Gulf Study Group. *J Americ Medic Assoc* 1997; 277(3): 238-45.
3. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *Americ J Psych* 1996; 153: 369-75.
4. Cavenar JO, Nash JL. The effect of combat on the normal personality. *Comprehens Psych* 1976; 17: 647-53.
5. Sherwood RJ, Funari DJ, Pickarski M. Adapted character styles of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychol Report* 1990; 66: 623-31.
6. Robert JA, Ryan JJ, McEntyre WH, et al. MCMI characteristics of DSM-III posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J Personal Assessm* 1985; 49: 226-30.
7. Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. Personality Disorder in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Americ J Psych* 1993; 150: 1020-3.
8. Frueh BC, Smith DW, Barker SE. Compensation seeking status and psychometric assessment of combat veterans seeking treatment for PTSD. *J Traumat Stress* 1996; 9: 427-39.

9. Hyer L, Braswell L, Albrecht B, et al. Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *J Clin Psychol* 1994; 50: 699-707.
10. Hye L, Woods MG. Concurrent validation of the Millon Multiaxial Inventory among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychol Report* 1988; 63: 271-8.
11. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archiv Gener Psych* 1987; 44: 573-88.
12. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archiv Gener Psych* 1993; 50: 975-90.
13. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D. Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord* 1996; 37: 75-9.
14. Richman HM, Frueh BC. Personality and PTSD II: personality assessment of PTSD-diagnosed Vietnam veterans using the Cloninger tri-dimensional personality questionnaire (TPQ). *Depress Anxiety* 1997; 6(2): 70-7.
15. Almanza MJJ, Páez AF, Hernández DM, et al. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en el Ejército Mexicano. *Rev Sanid Milit* 1996; 50: 81-6.
16. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev). Washington, DC, 1987.
17. World Health Organization. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview version (1.0), b) CIDI-user's manual, c) CIDI training manual, d) CIDI-computer programs*. Geneva, 1990.
18. Keane TM, Caddell JM, Taylor KK. Mississippi Scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psych* 1988; 56: 85-90.
19. Almanza MJJ, Páez AF, Hernández DM, Barajas AG, Nicolini H. Traducción, confiabilidad y validez concurrente de dos escalas del trastorno por estrés postraumático. *Salud Mental* 1996; 19(Suplemento 3): 2-4.
20. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *J Psych Res* 1994; 28: 57-84.
21. Hyler SE, Skodol AE, Oldman JM, et al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehens Psych* 1992; 33: 73-7.
22. López J, Páez F. Estudio sobre la traducción y la validación del Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (Personality Disorder Q-R). *Salud Mental* 1996; 19(Suplemento 3): 39-42.
23. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, et al. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Washington University, St Louis Missouri. Center for Psychobiology of Personality, 1994.
24. Sánchez De Carmona M, Páez F. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental* 1996; 19(Suplemento 3): 5-9.
25. Hernández DM, Almanza MJJ. Trastornos mentales por exposición a estrés intenso en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit* 1996; 50: 87-92.
26. Escobar JI, Randolph ET, Puente G, et al. Posttraumatic stress disorder in hispanic Vietnam veterans: clinical phenomenology and sociocultural characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 585-96.
27. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, et al. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archiv Gener Psych* 1993; 50: 991-9.
28. Ball SA, Tennen H, Poling JC, et al. Personality, temperament and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 545-53.
29. Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry* 1997; 60: 120-41.
30. Van der Kolk BA. The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Traumatic Stress; the effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Editors, Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. The Guilford Press New York-London, 1996.
31. Murburg MM. The psychobiology of posttraumatic stress disorder: An overview. *Annals New York Acad Scienc* 1997; 821: 352-8.
32. Stein MB, Hanna C, Koverda C, Torchia M, Mc Clarty B. Structural brain changes in PTSD. Does trauma alter neuroanatomy? *Annals New York Acad Scienc* 1997; 821: 76-82.
33. Black KJ, Sheline YI. Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression. *J Affect Disord* 1997; 43: 11-8.