

Personalidad, psicopatología y esclerosis múltiple

Maceda García, S.; Louzao Martínez, M.J.; Midaglia, L.; Míguez Silva, M.A.;
Guerra Guimarey, M.J.; Muñoz García, D.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Hospital Nicolás Peña

Resumen

Existe una creencia extendida entre los profesionales de la salud acerca de las peculiares características de personalidad de los pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple (EM). **Objetivo:** Analizar el patrón clínico de personalidad y los síndromes psiquiátricos más prevalentes en una muestra de pacientes diagnosticados de EM. **Métodos:** Para ello utilizamos el MCMI-II de Millon. Se trata de un cuestionario autoinformado de 175 ítems validado y baremado en población española que permite identificar rasgos de personalidad y síntomas psicopatológicos y determinar si tienen suficiente significación como para ser considerados como entidades clínicas. También se analizó su posible relación con variables sociodemográficas y de evolución de la EM. **Resultados:** Se analizaron los datos obtenidos de 72 pacientes. El rasgo de personalidad más prevalente fue el compulsivo, mientras que el trastorno de ansiedad fue la patología psíquica más prevalente en nuestra muestra, con puntuaciones más elevadas en relación con la población general. No se objetivó relación significativa entre variables sociodemográficas y de evolución con la presencia de síndromes o rasgos clínicos. **Conclusión:** Los resultados apuntan a que el rasgo compulsivo es más prevalente en los pacientes con EM en relación con el resto de la población.

Palabras claves: Esclerosis múltiple, rasgos de personalidad, síndromes clínicos, psicopatología, Millon.

Introducción

Desde las primeras descripciones de la Esclerosis Múltiple (EM) se ha asociado al diagnóstico la aparición de diferentes trastornos mentales:

síndromes clínicos, rasgos patológicos de personalidad y deterioro cognitivo.^(1, 2, 3)

Existe la creencia generalizada entre los clínicos que tratan pacientes con EM de que comparten un patrón específico de características de personalidad que les llevan a comportarse y afrontar su enfermedad de forma similar. La personalidad se define como un patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento de un individuo⁽⁴⁾. La diferencia fundamental entre la personalidad, conformada por rasgos, y los síndromes, conjunto de síntomas, radica en la estabilidad de sus manifestaciones. Los rasgos son características estables de la personalidad que conforman un patrón complejo de características psicológicas que se expresan de forma automática en casi todas las situaciones mientras que los síndromes clínicos son estados transitorios normalmente reactivos a circunstancias vitales. Por ejemplo, la ansiedad, entendida como rasgo, es la predisposición a percibir de manera sistemática las circunstancias ambientales como amenazantes. En cambio, la ansiedad entendida como estado se refiere a una situación en un momento dado siendo fluctuante y transitoria, caracterizada por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y a una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo.

Evidentemente, todas las personas tienen un modo de ser y comportarse pero en ocasiones ese patrón dificulta su adaptación al entorno. Habría que diferenciar, por tanto, entre los patrones normales de personalidad y los patrones de personalidad patológica. Así, se entiende por personalidad normal los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales. Generalmente, se caracterizan por tener capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y

adaptativa, percepciones constructivas sobre sí mismos y su entorno y comportamientos promotores de su salud. Por el contrario, la personalidad con trastornos supone estilos de funcionamiento inadaptados con deficiencias en la capacidad para relacionarse con el medio habitual: percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes, los patrones de conducta predominantes tienen efectos perniciosos sobre la salud, escasa flexibilidad adaptativa (tendencia consistente en relacionarse consigo mismo y enfrentarse a las demandas del ambiente mediante estrategias rígidas e inflexibles), tendencia a crear círculos viciosos (producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique) y labilidad (se manifiesta en la fragilidad y ausencia de elasticidad de la persona ante situaciones que provocan estrés).

Se revisaron las bases de datos de la literatura médica encontrando pocas referencias acerca de los patrones clínicos de personalidad en esta población. En los estudios realizados no se utilizaron herramientas adecuadas de medición ni variables homogéneas. En su investigación, Reznikova⁽⁵⁾ analiza los rasgos clínicos en pacientes con EM, resultando un 38% rasgos neuróticos, un 15% psicóticos y 21% mixtos. Sin embargo, estos resultados no han sido replicados por otros investigadores hasta la fecha. Por otra parte, Benedict^(2,6) ha descrito rasgos no patológicos de personalidad como la extraversión y consciencia disminuidas y los ha correlacionado con el grado de atrofia cortical en la EM. Otros estudios han identificado el rol crucial de los rasgos de personalidad (defensas del yo y hostilidad) en la génesis de los síntomas psiquiátricos en la EM, en particular los depresivos⁽⁷⁾.

Por otra parte, los síndromes clínicos más frecuentemente ligados a la EM son los trastornos afectivos y de ansiedad^(8,9,10). Su coexistencia con la EM aumenta el riesgo suicida, el abuso de alcohol, las quejas somáticas y empeora el funcionamiento social^(11,12,13).

La mayor parte de los estudios realizados analizan variables de personalidad como la extrover-

sión o el neuroticismo que poco o nada tienen que ver con la capacidad de las personas para adaptarse al entorno y funcionar de forma adecuada. En este estudio nos proponemos evaluar los rasgos y síndromes a nivel clínico existentes en una muestra de pacientes con EM y analizar su posible relación con variables sociodemográficas y de evolución de su enfermedad neurológica.

Material y métodos

En relación a la asociación entre esclerosis múltiple y rasgos de personalidad no existe demasiada información documentada, por lo que en ausencia de referencias bibliográficas, para el cálculo muestral de este estudio tomamos como referencia el supuesto de máxima indeterminación. Estableciendo que la precisión sea del 11% y con un nivel de confianza del 95%, el tamaño de muestra necesario sería de 74 pacientes. Estimando una pérdida de pacientes en torno al 5%, se necesitaría un total de 78 pacientes a incluir en nuestro estudio.

La selección fue realizada de forma aleatoria de entre todos los pacientes que reciben tratamiento en régimen de consultas externas en el servicio de neurología del CHUVI y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de EM clínicamente definida por criterios de McDonald (2005), edad comprendida entre los 18 y los 60 años, puntuación en la EDSS menor a 7 y haber firmado el consentimiento informado. Entre los criterios de exclusión figuran la coexistencia con otras patologías crónicas somáticas y psiquiátricas, la presencia de deterioro cognitivo moderado-grave y que los pacientes hayan sido incluidos en ensayos clínicos.

Contactamos con los pacientes mediante vía telefónica. En ese momento se les informaba acerca del estudio y se les invitaba a participar en él. Una vez accedían a colaborar se les citaba para cubrir el cuestionario de evaluación. Para agilizar el proceso aplicamos los cuestionarios en grupo, de manera independiente y garantizando su confidencialidad.

Personalidad, psicopatología y esclerosis múltiple

Para evaluar la personalidad y la presencia de síndromes clínicos empleamos el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)⁽¹⁴⁾. Se trata de un cuestionario autoinformado compuesto por 175 ítems de respuesta verdadero-falso que componen las siguientes escalas clínicas: patrones clínicos de personalidad (esquizoide, fóbico-evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista y autodestructiva), patología grave de personalidad (esquizotípico, límite y paranoide), síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, trastorno somato-morfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia de alcohol, dependencia de sustancias y trastorno de estrés postraumático) y síndromes graves (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). Además, incluye escalas que invalidan el cuestionario en aquellos casos en que la persona conteste al azar, de manera incongruente u omite más de 12 respuestas.

Cuanto más alta es la puntuación en cada una de las escalas más prevalente es ese rasgo o síndrome determinado en esa persona. Es im-

portante retomar lo explicado en la introducción acerca de la continuidad de los rasgos de personalidad, de manera que en mayor o menor medida todos están presentes en todas las personas. Las puntuaciones directas en cada una de las escalas son transformadas en puntuaciones de prevalencia (PREV) de acuerdo con un baremo adaptado a la población española. Los baremos permiten detectar cuando un rasgo o un síndrome predomina en una persona determinada (puntuación de prevalencia mayor de 75) y cuando, por su prominencia, podría estar interfiriendo en la capacidad de funcionamiento y, por tanto, tener significación a nivel clínico (puntuación de prevalencia mayor de 85).

Resultados

Se estudiaron 78 pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (EM) por criterios de McDonald (2005). Sólo fueron analizados los datos de 72 pacientes ya que seis de ellos completaron el cuestionario de forma incorrecta. La edad media era de 39.9 ($\pm 10,56$), el 70% eran mujeres. Con

Tabla 1. Prevalencia de los rasgos de personalidad

Rasgos	Porcentaje de pacientes en los que el rasgo es predominante (PREV>75)	Porcentaje de pacientes en los que el rasgo tiene significación a nivel clínico (PREV>85)	Porcentaje total de pacientes que puntúan por encima de la media de la población general
<i>Patrones clínicos</i>			
Compulsivo	21.14%	14.28%	41.42%
Narcisista	5.71%	5.71%	11.42%
Histriónico	8.57%	1.43%	10%
Depresivo	1.43%	1.43%	2.86%
Negativista	1.43%	1.43%	2.86%
Dependiente	2.86%	0%	0%
Esquizoide	1.43%	0%	0%
Antisocial	1.43%	0%	0%
Evitativo	0%	0%	0%
Agresivo	0%	0%	0%
Autodestructivo	0%	0%	0%
<i>Patología grave</i>			
Paranoide	1.43%	0%	1.43%
Esquizotípico	0%	0%	0%
Límite	0%	0%	0%

respecto a las características de la enfermedad, el 86% tenía una forma evolutiva remitente-recurrente (el 14% era secundariamente progresiva), el tiempo medio de evolución era de 8 años (± 5) y la puntuación media en la EDSS era de 3.5 (± 2).

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS V.15.0. En primer lugar se presentan las tablas 1 y 2, que contienen información

acerca de la distribución de rasgos y síndromes clínicos en nuestra muestra. Puesto que el MC-MI-III está baremado para la población española permite identificar si las características de personalidad y trastornos psíquicos están presentes en mayor o menor medida que en la población general, si esta diferencia es significativa y en qué medida es interpretable a nivel clínico.

Tabla 2. Prevalencia de los síndromes clínicos

Síndromes	Porcentaje de pacientes con sintomatología (PREV>75)	Porcentaje de pacientes en los que el síndrome tiene significación a nivel clínico (PREV>85)	Porcentaje total de pacientes que puntúan por encima de la media de la población general
<i>Síndromes</i>			
T. ansiedad	17.14%	22.86%	40%
T. somatomorfo*	20%	11.43%	31.43%
T. distímico	20%	4.28%	24.28%
T. bipolar	11.43%	1.43%	12.86%
Dependencia de alcohol	1.43%	0%	1.43%
Dependencia de sustancias	0%	0%	0%
TEPT	0%	0%	0%
<i>Síndromes graves</i>			
Trastorno delirante	5.71%	0%	5.71%
Trastorno del pensamiento	2.86%	1.43%	4.29%
Depresión mayor	4.28%	0%	4.28%

*Tratándose de personas con una enfermedad que conlleva problemas físicos importantes esta escala no es interpretable como un síndrome mental aunque sí como un índice del grado de sintomatología física que padecen.

Como se aprecia en la tabla, el patrón de personalidad más prevalente es el "compulsivo", caracterizado por una importante necesidad de control. Cerca de la mitad de los pacientes puntúan en esta escala por encima de la población general y un 34.48% de ellos obtienen puntuaciones significativas a nivel clínico. El resto de patrones de personalidad son poco frecuentes y su significación a nivel clínico es mucho menor.

El trastorno de ansiedad es la patología psíquica más prevalente en nuestra muestra y el porcentaje de sujetos en los que tiene importancia a nivel clínico es también muy elevado. El trastorno distímico (relacionado con sentimientos de tristeza

prolongados en el tiempo aunque con una intensidad menor que en la depresión mayor) y el bipolar (asociado a cambios frecuentes en el estado anímico) presentan también una importante prevalencia en nuestra muestra, aunque si tenemos en cuenta su escasa significación a nivel clínico (pocas puntuaciones superiores a PREV>85) es más probable que se trate de formas leves más que de trastornos con entidad clínica.

Para evaluar la posible relación entre rasgos-síndromes y características sociodemográficas y de evolución de la enfermedad llevamos a cabo diferentes análisis estadísticos en función de las variables investigadas. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Relación con características sociodemográficas y de evolución

Escalas del MCMI-III	EDSS	Sexo	Tiempo de evolución	Forma evolutiva	Edad
Síntomas somáticos*	P=0,000	NS	NS	NS	NS
Devaluación	P=0,001	NS	NS	NS	NS
Depresión mayor	P=0,002	NS	NS	NS	NS
Dependiente	P=0,03	NS	NS	NS	NS
Negativista	P=0,03	NS	NS	NS	NS
Esquizoide	P=0,04	NS	NS	NS	NS
Equizotípico	P=0,04	NS	NS	NS	NS
Distímico	P=0,006	NS	NS	NS	NS
Dependencia de sustancias	NS	P=0,04	NS	NS	NS

*Equivalente a la escala T. somatomorfo

La puntuación en la escala EDSS es la variable estadística más asociada a los rasgos y síndromes clínicos, en especial a los sentimientos de tristeza y aislamiento, siendo prácticamente inexistente la relación con el resto de escalas del MCMI-III. De las variables sociodemográficas analizadas tan solo el grado de discapacidad se asocia a la existencia de sintomatología distímica de una gravedad suficiente como para tener interés clínico (PREV>85).

En definitiva, no existe apenas relación entre variables sociodemográficas y de evolución con la presencia de síndromes o rasgos clínicos. El grado de discapacidad es la única variable analizada que aparece relacionada con estos aspectos, aunque no con todos los patrones de personalidad ni con todos los síndromes clínicos.

Discusión

Hemos analizado los patrones de personalidad y síndromes psiquiátricos existentes en una muestra de 72 pacientes diagnosticados de EM para conocer si existe un perfil característico de personalidad y/o sintomatológico en estos pacientes y también si existe alguna relación con respecto a variables sociodemográficas y/o de evolución de la EM.

El patrón de personalidad que resulta más prevalente en nuestra muestra, a lo largo de todo

el continuum normalidad-patología, es el compulsivo (similar al patrón obsesivo descrito en el DSM-IV-TR), caracterizado por una importante necesidad de control acerca de sí mismos y de lo que ocurre en su entorno, otorgándole una excesiva relevancia al orden, la planificación y el perfeccionismo. El hecho de que más del 40 por ciento de la muestra obtenga puntuaciones más altas en este patrón que la población general no significa que todos ellos padezcan un trastorno de personalidad o que esas características específicas sean disfuncionales. Millon entiende la “normalidad” y la “patología” como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. Como adelantamos en la introducción, la diferencia fundamental es que las personalidades “normales” son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. De ese 41,42% de personas en las que prevalece el patrón obsesivo, el 34,48% (el 14,28% de la muestra total) obtiene puntuaciones situadas en el extremo patológico del continuum, significa-

tivas a nivel clínico, de manera que es probable que sus características de personalidad estén interfiriendo de alguna forma en su capacidad para funcionar y adaptarse al entorno.

Debemos aclarar que el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, así denominado en el DSM-IV, difiere de la entidad diagnóstica conocida como trastorno obsesivo compulsivo y que se encuadra en el eje I de la clasificación internacional. A lo largo de la historia son numerosos los autores que han contribuido a describir este patrón de personalidad y su descripción fue evolucionando a lo largo del tiempo. Freud, en su breve ensayo de 1908 “Carácter y erotismo anal”⁽¹⁵⁾, especificó tres rasgos de la personalidad compulsiva: el orden excesivo, la parsimonia y la obstinación. Siguiendo su obra, Abraham describió otros rasgos característicos como la crítica excesiva, la perseverancia, minuciosidad, afán por catalogar y clasificar, o dar importancia exagerada a la posesión por ciertos objetos, entre otros. Rado, en los años cincuenta, los describe como personas rectas, minuciosas, meticulosas, pertinaces, racionales y muy perfeccionistas. Shapiro en 1965 fue el primero en destacar la rigidez en este tipo de patrón. Veinte años después, Salzman consideró el control como factor principal de este tipo de personalidades, añadiendo como características la cautela, temerosidad y la conducta evitativa.

El DSM-IV-TR define el trastorno de personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto⁽¹⁶⁾. Se trata de patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”. El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son *egosintónicos* (es decir, la persona se siente bien

como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse), se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La prevalencia del trastorno obsesivo de la personalidad en la población general es del 1% (DSM-IV-TR) mientras que, en nuestra muestra, se eleva al 14,28%, por lo que parece que esta configuración peculiar de personalidad, que muy probablemente esté presentando problemas a nivel adaptativo y de funcionamiento, es más frecuente en personas que padecen EM que en la población general. Teniendo en cuenta que, además de los factores biológicos, existen factores ambientales en la formación del patrón de personalidad es probable que la propia vivencia de la enfermedad modifique algunas de las características de personalidad previas, incrementando considerablemente esa necesidad de control tan característica del perfil obsesivo y tan perjudicial (por lo que les hace sufrir), teniendo en cuenta la incertidumbre generada a partir del diagnóstico (desconocimiento del pronóstico y evolución, que implica una falta absoluta de control acerca de lo que va a pasar en un futuro y en sus vidas en general). Teniendo esto en cuenta, parece razonable explicar esa “pegajosidad”, “insistencia” y “pesadez” que describen los clínicos como un intento por controlar de alguna manera sus vidas, por obtener información que rompa esa incertidumbre en la que viven desde el comienzo de su enfermedad.

Sin embargo, el resultado de cruzar los datos acerca de las características de personalidad con la evolución y el poder incapacitante de la enfermedad nos hacen pensar en la hipótesis de la personalidad obsesiva previa a la EM, probablemente agravada tras la emergencia de ésta. Esto nos lo sugiere el hecho de que ni la puntuación en la escala EDSS ni el tiempo de evolución de la enfermedad correlacionan con

una mayor o menor prevalencia del patrón obsesivo, lo que sería de esperar si realmente fuera la EM la que estuviera en la génesis de este tipo de personalidad. Debido a la ausencia de otro tipo de análisis ambas hipótesis acerca de la formación previa o posterior a la EM del patrón obsesivo permanecen abiertas a futuras investigaciones.

En cuanto a síndromes clínicos, el más prevalente en nuestra muestra es la ansiedad, coincidiendo con los resultados encontrados por Minden, Feinstein, Finger y Korostil en sus respectivos estudios, ya citados en la introducción. Sin embargo, no hay un consenso total ya que otras investigaciones encuentran una mayor prevalencia de la sintomatología depresiva⁽¹⁷⁾. En nuestro estudio, el componente depresivo también resulta muy prevalente, aunque por detrás de la ansiedad.

Al igual que ocurría con los patrones de personalidad, no existe apenas relación entre variables sociodemográficas y de evolución de la EM con la presencia de síndromes clínicos. Así, no existen diferencias a nivel psicopatológico en cuanto al sexo o edad de los pacientes y tampoco en función de la forma evolutiva de la EM o su tiempo de evolución. Solamente el grado de discapacidad parece estar asociado a una mayor sintomatología, fundamentalmente de carácter depresivo (aislamiento, bajo estado anímico y baja autoestima). Parece lógico que, cuando el grado de incapacidad es tan alto que la persona está ya condenada a vivir una vida sedentaria y pasiva, la ansiedad característica de la incertidumbre por lo que va a venir deje paso a la tristeza y la desesperanza.

Bibliografía

1. Charcot JM. Lectures on the Diseases of the Nervous System. London, New Sydenham Society, 1877.
2. Feinstein A. *The clinical neuropsychiatry of Multiple Sclerosis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999.
3. Benedict RH, Hussein S, Englert J, Dwyer MG et al. Cortical atrophy and personality in multiple sclerosis. *Neuropsychology* 2008;22:432-41.
4. Millon T, Davis R. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona. España: Masson, 1998.
5. Reznikova T.N. Variants of personality maladaptation in patients with MS. *Neurosci Behav Physiol* 2007; 37:747-54.
6. Benedict RH. Personality traits in women with MS: discrepancy in patient/partner report and disease. *J Psychosom Res* 2009;66:147-54.
7. Hyphantis TN et al. Disability status, disease parameters, defense styles and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *Int J Psychiatry Med* 2008; 38: 307-27.
8. Minden S.L. Mood disorders in Multiple Sclerosis: diagnosis and treatment. *J. Neurovirol* 6[Suppl]: 160-167.
9. Feinstein A, Feinstein K, Gray T, et al. Prevalence and neurobehavioral correlates of pathological laughing and crying in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1997;54:1116-1121.
10. Finger S. A happy state of mind. *Arch Neurol* 1998; 55:241-250.
11. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Mult Scler* 2007;13: 67-72.
12. Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K. The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 1999;5:323-326.
13. Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2002;59:674-678.
14. Millon T. *Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-III)*. España: TEA Ediciones, 2002.
15. Freud S. (1908) *Carácter y erotismo anal*. Obras completas, vol. IX. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2000.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, 2001.
17. Beiske AG. Depression and anxiety amongst MS patients. *Eur J Neurol* 2008;15:239-45.