

# Temperamentos afectivos y edad de inicio en pacientes bipolares tipo II

## Affective Temperaments and Age of Onset in Bipolar Type II Patients

María Lolich<sup>a,b</sup>, Ester Romero<sup>a</sup>, & Gustavo Vázquez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup>Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina

**Resumen:** Actualmente es imperante contar con indicadores que posibiliten realizar una detección temprana y correcta del trastorno bipolar en general, y del tipo II, en particular. Los temperamentos afectivos constituyen estilos de reactividad emocional temporalmente estables a lo largo del ciclo vital, con una importante base biológica. Dada la escasez de investigaciones al respecto, se exploraron posibles asociaciones entre la edad de inicio de 32 pacientes eutímicos con diagnóstico de trastorno bipolar tipo II y los temperamentos afectivos ciclotímico, depresivo, irritable, ansioso e hipertímico. Los participantes presentaron una edad media de 51,5 años (rango intercuartil 8) y el 65,6% de la muestra estuvo constituida por hombres. Se encontró una correlación inversa elevada y significativa, entre la edad de inicio del trastorno bipolar y el temperamento depresivo. Entre los temperamentos ciclotímico, irritable y ansioso, las correlaciones fueron significativas pero moderadas e inversas. El temperamento hipertímico no mostró una asociación significativa con la edad de inicio. Al implementar análisis de regresión lineal multivariados, no se encontraron modelos satisfactorios. Evaluar los temperamentos afectivos de manera sistemática, en individuos vulnerables a presentar un trastorno afectivo, debiera ser incorporado al conjunto de técnicas de evaluación habituales.

**Palabras clave:** trastorno bipolar, temperamento, TEMPS-A, depresión, eutimia.

**Abstract:** Nowadays it is imperative to have predictors that allow an early and accurate detection of bipolar disorder, in general and bipolar type II disorder, in particular. Affective temperaments refer to different types of emotional reactivity, which are temporarily stable throughout the life cycle and demonstrate a relevant biological basis. Given the lack of previous research, possible relations between the onset age of 32 euthymic patients diagnosed with bipolar II disorder, and the cyclothymic, depressive, irritable, anxious and hyperthymic affective temperaments features were explored. The participants had an average age of 51.5 (interquartile range: 8) and 65.6% of the sample were men. A high and significant inverse correlation was found between the onset age of bipolar disorder and depressive temperament. Between cyclothymic, irritable and anxious temperaments, correlations were statistically significant, although moderate and inverse. Hyperthymic temperament did not significantly correlate with the onset age. When performing multivariate linear regression analyses, no satisfactory models were found. The systematic evaluation of affective temperaments, in those individuals who are prone to develop an affective disorder, should be included in the set of common evaluation techniques.

**Keywords:** bipolar disorder, temperament, TEMPS-A, depression, euthymia.

Contacto: M. Lolich. Jerónimo Salguero 1612 (CABA), CP: 1425, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: mlolic@palermo.edu

*Cómo citar:* Lolich, M., Romero, E., & Vázquez, G. (2016). Temperamentos afectivos y edad de inicio en pacientes bipolares tipo II. *Revista de Psicología*, 25(1), 1-17.  
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2016.41938>

## Introducción

El trastorno bipolar (TB) tipo II es un trastorno afectivo severo, recurrente y altamente prevalente (entre 3 y 4%) en la población general (Merikangas & Lamers 2012). Dentro del espectro de los TB, el tipo II es el que presenta mayores desafíos en cuanto a su detección y tratamiento de forma temprana (Akiskal & Vázquez, 2006). Aún hoy, el tiempo que transcurre desde la latencia temporal, hasta que los pacientes reciben un diagnóstico y un tratamiento adecuado, es un periodo extenso (Patel et al., 2015). Estudios en Argentina y en Latinoamérica (Lolich, Vázquez, & Leiderman, 2010; Strejilevich & Retamal Carrasco, 2003) reportan una demora de entre 8 y 10 años.

La edad de inicio del TB II ha sido estimada en Argentina, así como en otros países, en los 25 años promedio (Baldessarini, Tondo et al., 2012; Perlis et al., 2004; Vázquez, Lolich, Leiderman, Tondo, & Baldessarini, 2012). La gran mayoría de los pacientes con TB II suelen debutar con un episodio depresivo de inicio brusco, aunque episodios hipomaniacos previos podrían haber pasado inadvertidos para el paciente y familiares (Angst et al., 2012; Vázquez, 2014). Si bien a los cuadros depresivos les suelen seguir intervalos de remisión, de no ser tratados adecuadamente, tienden a repetirse con mayor frecuencia e intensidad en el tiempo (Baldessarini, Tondo, et al., 2012) persistiendo entre cada uno de ellos sintomatología subsindrómica de consideración (Baldessarini, Undurraga et al., 2012; Goodwin & Jamison, 2007).

### Temperamentos afectivos y trastorno bipolar

En los últimos años, han sido distintas las variables estudiadas como posibles indi-

cadoras de un futuro TB II, adquiriendo cada vez mayor importancia aquellas características clínicas presentes previamente a la manifestación del trastorno. En este sentido, el temperamento afectivo comienza a ser considerado un factor predictor de relevancia, tanto en lo que refiere a la severidad, como al curso clínico que presentará un individuo con TB (Oedegaard, Syrstad, Morken, Akiskal, & Fasmer, 2009; Vázquez & Gonda, 2015).

Los temperamentos afectivos se entienden como rasgos comportamentales, estables a lo largo del curso vital, que reflejan estilos de reactividad afectiva (Akiskal, 1996). Los temperamentos afectivos se encuentran íntimamente vinculados a los distintos procesos biológicos que conforman la personalidad, como lo son los niveles de actividad, los ritmos del estado de ánimo y los patrones de funcionamiento cognitivo (Romero et al., 2016; Vázquez, 2014).

El modelo de Akiskal (Akiskal, 1996; Akiskal & Akiskal, 1992, 2005, 2007) incluye los cuatro temperamentos afectivos clásicos (depresivo, hipertímico, ciclotímico e irritable), más un quinto temperamento, añadido años más tarde, denominado temperamento ansioso (para una descripción completa de cada temperamento, véase Akiskal & Akisal, 2005).

En respuesta a la necesidad de evaluar de forma sistemática los distintos temperamentos afectivos y su relación con los trastornos del estado de ánimo, Akiskal y su equipo (Akiskal, Akiskal, Haykal, Manning, & Connor, 2005) desarrollaron la Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego Autoaplicada (TEMPS-A, por su nombre en inglés Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire). Desde entonces, distintos estudios

la han implementado como herramienta de recolección de datos (i.e., Henry et al., 1999; Lolic, Vázquez, Zapata, Akiskal, & Akiskal, 2015; Oedegaard et al., 2009; Vázquez et al., 2008), y Vázquez y colaboradores adaptaron y validaron el instrumento en la población general argentina, dando como resultado el TEMPS-A Buenos Aires (Vázquez & Akiskal, 2005; Vázquez et al., 2007).

Mientras que los individuos con trastornos afectivos pueden presentar la variedad completa de temperamentos afectivos, los pacientes con trastorno bipolar de tipo II exhiben, con mayor frecuencia, un tipo de temperamento ciclotímico (Hantouche et al., 1998). No obstante, otros autores reportan una distribución similar de dicho temperamento entre pacientes con depresión recurrente, TB I y TB II (Gassab, Mechri, Bacha, Gaddour, & Gaha, 2008).

Los temperamentos hipertímico, depresivo y ansioso también suelen estar presentes en el TB II, si bien su prevalencia no sería tan marcada. En efecto, el temperamento hipertímico es más común en hombres con TB I, mientras que los dos últimos temperamentos son más frecuentes en mujeres con trastornos depresivos y de ansiedad (Gonda & Vázquez, 2014). El temperamento irritable, por otro lado, si bien puede encontrarse en pacientes con distintas patologías del estado de ánimo, no sería distintivo de ningún trastorno afectivo en forma particular (Gassab et al., 2008; Gonda & Vázquez, 2014).

### **Temperamentos afectivos y edad de inicio del trastorno bipolar**

Llamativamente, los estudios sobre los posibles vínculos entre la edad de inicio y los temperamentos afectivos son escasos (Vázquez & Gonda, 2015). Como parte de

la investigación para este estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica en las bases de datos PubMed/Medline, Scopus, Biomed Central, PsycLit, Scielo y Cochrane, bajo las palabras clave en inglés: affective temperaments, affective disorder, bipolar disorder, bipolar II disorder, TEMPS-A onset age, first episode, dysthymic temperament, depressive temperament, anxious temperament, hyperthymic temperament, cyclothymic temperament e irritable temperament; respectivamente, se buscó en español: temperamentos afectivos, trastorno afectivo, trastorno bipolar, trastorno bipolar II, Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, Paris y San Diego Autoaplicada, edad de inicio, primer episodio, temperamento distímico, temperamento depresivo, temperamento ansioso, temperamento hipertímico, temperamento ciclotímico y temperamento irritable. Solo se encontró un estudio que evaluó, en pacientes diagnosticados con TB I y depresión mayor, las correlaciones entre los temperamentos afectivos y la edad de inicio (Oedegaard et al., 2009).

En este trabajo se observó que aquellos pacientes que presentaban un temperamento afectivo dominante (TAD), es decir, que presentaban puntajes elevados en alguna de las subescalas de la TEMPS-A, iniciaron su enfermedad de forma significativamente más temprana que aquellos individuos que presentaban rasgos de temperamentos afectivos menos marcados, indistintamente del tipo de trastorno (Oedegaard et al., 2009).

Por otra parte, tampoco se encontraron estudios que hayan indagado en la relación entre los TAD, los TB y la edad de inicio, si bien se estima que alrededor del 13% de la población sana presenta un TAD en Argentina (Vázquez, Tondo, et al., 2012).

Actualmente, suelen emplearse distintas metodologías para la detección de un TAD. Por un lado, se considera que un individuo clasifica para un TAD cuando las puntuaciones obtenidas en alguna de las escalas de la TEMPS-A se encuentran entre 1 (Xu et al., 2014) y 2 (Vázquez et al., 2007) desviaciones estándar por encima de la media poblacional esperada para dicho temperamento. Esta última estrategia ha sido utilizada desde hace casi una década en diversos estudios en Argentina (Lolich et al., 2015, Vázquez et al., 2008).

Por otro lado, Vöhringer y colaboradores propusieron un método alternativo de mayor sensibilidad para la detección de un TAD. Considerando los puntajes obtenidos en cada una de las cinco escalas, el TAD de cada individuo será aquel donde se haya presentado una mayor proporción de respuestas afirmativas, es decir, el porcentaje más alto de ítems respondidos como verdaderos (Vöhringer et al., 2012).

Evaluar de forma sistemática las características temperamentales de individuos de la población general y de pacientes con TB II, en particular, podría brindar información sumamente valiosa. A partir de la misma, se incrementarían las posibilidades de un diagnóstico temprano, de un mejor pronóstico y de tratamiento específico (Akiskal et al., 2005; Mazzarini et al., 2009; Oedegaard et al., 2009).

Considerando la escasez de trabajos realizados sobre la edad de inicio y los temperamentos afectivos, el objetivo principal del presente trabajo es analizar la relación entre la edad de inicio, los cinco temperamentos afectivos (ciclotímico, depresivo, irritable, hipertímico y ansioso) y variables clínicas, como cantidad de hospitalizaciones y episodios depresivos en un grupo de pacientes eutímicos con TB tipo II.

Respectivamente, la hipótesis principal de este trabajo es que existe una relación inversa y significativa entre la edad de inicio y el puntaje obtenido en la escala del temperamento ciclotímico evaluado por la TEMPS-A Buenos Aires (Hantouche et al., 1998). Además, se hipotetiza una relación inversa significativa entre la edad de inicio y los puntajes obtenidos en las escalas de temperamento depresivo, ansioso e hipertímico (Vázquez & Gonda, 2015). En cuanto al temperamento irritable, la hipótesis establecida es que no existe una relación significativa con la edad de inicio (Gasab et al., 2008).

Complementariamente, las hipótesis secundarias de este trabajo son que existe una relación directa y significativa entre las escalas de temperamentos afectivos y las variables clínicas cantidad de episodios depresivos y cantidad de internaciones psiquiátricas (Forte et al., 2015; Vázquez & Gonda, 2015). Dados los vínculos reportados entre un debut temprano de la enfermedad y una mayor morbilidad clínica (Perlis et al., 2004; Vázquez, Lolich et al., 2012), se plantea que la edad de inicio se encontrará positivamente relacionada con las mencionadas variables clínicas.

## Métodos

Con el objetivo de evaluar nuestras hipótesis, se llevó a cabo una investigación cuantitativa de alcance correlacional bajo un diseño no experimental de corte transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

## Participantes

Un total de 32 individuos adultos, eutímicos, con diagnóstico de TB II participaron del estudio. Todos los participantes fue-

ron reclutados de una clínica privada de la ciudad de Buenos Aires y cumplían con los criterios de un trastorno bipolar tipo II, de acuerdo a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por su nombre en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013).

Los individuos con TB fueron evaluados mediante entrevistas semiestructuradas, la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview) y la Entrevista Estructurada del DSM (Structured Clinical Interview for DSM). Además, se corroboró que los pacientes se encontraran en un período de eutimia, mediante la administración de la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HAMD, por su nombre en inglés Hamilton Rating Scale for Depression; Hamilton, 1960) y la Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS, por su nombre en inglés Young Mania Rating Scale; Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978).

Con el objetivo de corroborar el estado de eutimia de los pacientes que ingresaron al estudio, se utilizaron las normativas acordadas por la Sociedad Internacional de los Trastornos Bipolares, donde se establece un puntaje total  $< 8$  en la HAMD y  $< 5$  en la YMRS (Tohen et al., 2009). Aquellos pacientes con un trastorno comórbido en el eje I, riesgo actual o pasado de suicidio, enfermedad neurológica, historia de episodios psicóticos y tratamientos electroconvulsivos, fueron excluidos del estudio.

El protocolo para el enrolamiento de participantes, fue aprobado por el comité de ética del Centro de Investigación en Neurociencias y Neuropsicología Clínica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo (Buenos Aires,

Argentina). Una vez explicadas las características e implicancias de la investigación, en un lenguaje simple y claro, a aquellos individuos que estuvieran interesados en participar, estos brindaron su consentimiento verbal y escrito, de forma previa a ser incluidos en el estudio.

Se garantizó el anonimato de la información, así como la ausencia de consecuencias en el tratamiento que se encontraran recibiendo, ya sea si aceptaban participar, se negaran a hacerlo o quisieran interrumpir la toma de datos una vez comenzada la misma. Se invitó a los pacientes a contactar a los investigadores del estudio en caso de que surgieran dudas o preguntas respecto al protocolo, o bien, tuvieran interés por acceder a los resultados principales alcanzados.

### Instrumentos

Los participantes completaron la TEMPS-A Buenos Aires (Vázquez & Akiskal, 2005; Vázquez et al., 2007). Dicho cuestionario presenta propiedades psicométricas satisfactorias y se compone de 110 ítems, los cuales evalúan las características de los cinco tipos de temperamentos afectivos a lo largo de curso vital: depresivo, irritable, ciclotímico, ansioso e hipertímico. El alfa de Cronbach para las escalas de depresión, ciclotimia, hipertimia, irritabilidad y ansiedad es de: ,68; ,81; ,80; ,80 y ,81; respectivamente. Todas las escalas presentan 21 ítems, a excepción de la escala de ansiedad, la cual se encuentra compuesta por 26 reactivos. Los participantes debieron responder *sí* o *no* a todos los ítems de la escala, los cuales abordan una variedad de reacciones y estilos afectivos a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital. Se obtuvieron cinco puntajes finales por cada temperamento. Para evaluar la presencia de temperamentos afectivos de tipo dominantes, se utili-

zaron las estrategias de Vázquez et al. (2007) y Vöhringer et al. (2012), desarrolladas en la introducción.

La edad de inicio del trastorno bipolar fue determinada como la edad en la que el individuo presentó su primer episodio afectivo mayor. Por otro lado, también fueron recolectadas distintas variables clínicas, como tener antecedentes familiares de trastornos afectivos, cantidad de internaciones psiquiátricas, edad de la primera internación, cantidad de episodios depresivos, cantidad de intentos de suicidio, presencia de síntomas psicóticos, edad de diagnóstico de TB II y presencia de ciclado rápido.

### **Análisis de datos**

Los datos fueron explorados en pos de detectar valores atípicos o extremos, y se realizaron análisis descriptivos y correlacionales, según el nivel de medición de las variables. Se utilizaron métodos no paramétricos para evaluar la presencia de asociaciones bivariadas, dada la distribución de las variables y el no cumplimiento de los supuestos paramétricos, evaluados mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov y el gráfico Q-Q Normal (ver Material suplementario I).

Se evaluó la presencia de asociaciones significativas entre las variables, mediante el coeficiente de correlación de Spearman. En primer lugar, se evaluó la relación entre los puntajes totales obtenidos en cada una de las subescalas de la TEMPS-A Buenos Aires y la presencia de temperamentos dominantes con la edad de inicio. En un segundo momento, se evaluó la relación entre las variables clínicas, cantidad de

episodios depresivos y cantidad de internaciones psiquiátricas, y los puntajes totales obtenidos en cada una de las escalas temperamentales de la TEMPS-A Buenos Aires con la edad de inicio.

En los análisis correspondientes con los objetivos principales, se aceptó un error de  $\alpha \leq ,05$ . En los análisis correspondientes con los objetivos secundarios, se aceptó un error de  $\alpha \leq ,02$ , dada la aplicación de la corrección de Bonferroni por la cantidad de comparaciones múltiples realizadas.

En un tercer momento, en pos de comprender más cabalmente la naturaleza de las asociaciones, se implementaron distintos modelos de regresión lineal multivariados, controlando los análisis de acuerdo a las variables temperamentales, sociodemográficas y clínicas que hubieran resultado significativas a nivel bivariado.

Para todo lo anterior, se utilizó el software SPSS versión 18, idioma español.

### **Resultados**

Como puede observarse en la tabla 1, los puntajes medios obtenidos por los pacientes en las escalas de evaluación de la sintomatología del ánimo, se corresponden con los criterios de eutimia o de remisión clínica. Al ser considerados como criterios de exclusión del estudio, ninguno de los participantes presentaba antecedentes de suicidio ni de síntomas psicóticos. Solo el 15,6% de los pacientes contaba con antecedentes de ciclado rápido, siendo 1,5 la mediana de la cantidad de internaciones psiquiátricas y 4 la mediana de la cantidad de episodios depresivos previos.

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas y clínicas de la muestra*

	<i>n = 32</i>
Hombres [n(%)]	21(65,6)
Edad [mediana(RI)]	51,5(8)
Nivel de Educación [n(%)]	
Primaria completa	8(25)
Secundaria incompleta	9(28,1)
Educación superior	15(46,9)
Estado civil [n(%)]	
Solteros	13(40,6)
En pareja	19(59,4)
Datos clínicos [mediana(RI)]	
Síntomas depresivos (HAMD)	7,5(3,75)
Síntomas maniáticos (YMRS)	1,5(3)
Cantidad de episodios depresivos	4(5)
Edad de inicio	28(19)
Edad al diagnóstico	48(26)
Edad en la primera internación	38(26)
Número de internaciones	1,5(1)
Antecedentes clínicos [n(%)]	
< 10 episodios depresivos	25(78,1)
≥ 10 episodios depresivos	7(21,9)
Intentos de suicidio	0(0)
Síntomas psicóticos	0(0)
Ciclado rápido	5(15,6)
Antecedentes familiares	14(43,8)
Cantidad de internaciones [n(%)]	
Ninguna internación	24(75,0)
Una internación	4(12,5)
Dos internaciones	3(9,4)
Tres internaciones	1(3,1)
Temperamento afectivo [mediana(RI)]	
Ciclotímico	12(7,25)
Depresivo	10(8,75)
Hipertímico	9,5(10,75)
Ansioso	6(8,25)
Irritable	5(4,25)
Temperamento afectivo dominante de acuerdo al DE [n(%)]	
Ciclotímico	0(0)
Depresivo	1(3,1)
Hipertímico	2(6,3)
Ansioso	0(0)
Irritable	0(0)
Temperamento dominante según el mayor porcentaje [n(%)]	
Ciclotímico	16(50)
Depresivo	6(18,8)
Hipertímico	8(25)
Ansioso	3(9,4)
Irritable	2(6,3)

*Nota:* RI = Rango Intercuartil; DE = Desviación Estándar.

La escala de la TEMPS-A Buenos Aires donde se observó un mayor puntaje, en concordancia con las particularidades clínicas típicas de los TB II, fue en la del temperamento ciclotímico. En este mismo sentido, los participantes mostraron características del temperamento depresivo. De la misma manera, y en último lugar, la escala relativa al temperamento irritable presentó los puntajes más bajos.

### Asociaciones entre la edad de inicio y los temperamentos afectivos

En primer lugar, se aplicaron los análisis de correlación entre la edad de inicio y los distintos puntajes obtenidos en cada una de las escalas de la TEMPS-A Buenos Aires, observándose resultados significativos en todos los temperamentos afectivos, a excepción del temperamento hipertímico (ver tabla 2).

Solo se observó una relación fuerte, inversa y significativa entre la edad de inicio y el temperamento depresivo. Las

relaciones observadas entre la edad de inicio y los temperamentos ciclotímico, irritable y ansioso, si bien significativas e inversas, resultaron moderadas.

Por otro lado, solo se observaron relaciones significativas inversas y débiles entre la edad de inicio y la presencia de un TAD, en el caso del TAD de tipo ciclotímico e hipertímico (ver Material suplementario II).

### Asociaciones entre los temperamentos afectivos y otras variables clínicas

De forma secundaria, al realizarse un análisis de correlación de Spearman entre los distintos puntajes obtenidos en las escalas de la TEMPS-A Buenos Aires y las variables clínicas complementarias, cantidad de episodios depresivos y cantidad de internaciones psiquiátricas, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas. Lo mismo sucedió al evaluar la relación entre estas variables clínicas y la edad de inicio (ver tabla 3).

Tabla 2  
*Correlación de Spearman entre la edad de inicio y los temperamentos afectivos*

	Edad de inicio
Puntajes crudos TEMPS-A Buenos Aires	
Temperamento depresivo	-,650*
Temperamento ansioso	-,518*
Temperamento irritable	-,465*
Temperamento ciclotímico	-,463*
Temperamento hipertímico	-,182
Temperamento afectivo dominante (método porcentual)	
Temperamento depresivo	,109
Temperamento ansioso	-,337
Temperamento irritable	,070
Temperamento ciclotímico	-,383*
Temperamento hipertímico	,368*

\*  $p \leq ,05$

Tabla 3  
Análisis de correlación complementarios

TEMPS-A Buenos Aires	Cantidad de episodios depresivos	Cantidad de internaciones psiquiátricas
Depresivo	0,141	-0,315
Ciclotímico	-0,069	-0,455
Ansioso	-0,043	0,001
Irritable	0,042	-0,073
Hipertímico	-0,096	-0,039
Edad de inicio	-1,33	-0,092

Por otro lado, cabe remarcar que los coeficientes de correlación relativos a los temperamentos ciclotímico y depresivo, junto a la cantidad de internaciones psiquiátricas, obtuvieron valores moderados, si bien no significativos.

### Modelos de regresión lineal multivariados

Como parte de un análisis secundario de tipo post hoc, fueron efectuadas regresiones lineales multivariadas, ajustando la edad de inicio de acuerdo a aquellas variables que hubieran mostrado previamente una relación lineal significativa. Así, se ensayaron distintos modelos, incluyendo: los cuatro temperamentos afectivos (exceptuando el hipertímico), el TAD hipertímico y ciclotímico, y la variable nivel de instrucción superior (transformada en una variable indicadora de presencia o ausencia para poder ser incluida en el análisis). Esta última variable también presentó una asociación significativa, positiva y moderada con la edad de inicio ( $\rho = 0,425$ ;  $p = ,015$ ). Las restantes variables temperamentales, sociodemográficas (sexo y estado civil) y clínicas (puntajes en las escalas YMRS y HAMD, cantidad de internaciones y de episodios depresivos)

no fueron incluidas, al no haber resultado significativas en los análisis de correlación bivariada.

Si bien, al evaluar los supuestos de los modelos expuestos en la tabla 4, estos fueron satisfactorios (ver Material suplementario III) y a nivel global estos resultaron significativos, no se observaron casos en el que todos los coeficientes mantuvieran su significatividad de forma simultánea. No obstante, cabe destacar que, al evaluarse los cuatro temperamentos de modo independiente o acompañados por la variable relativa a la educación superior, los coeficientes de los temperamentos afectivos nunca perdieron su significatividad. Por otro lado, en los tres modelos expuestos en la tabla 4, el coeficiente de la variable temperamento depresivo conservó en todos los casos su relevancia estadística.

Los modelos ensayados con los TAD, y sus posibles combinaciones con las demás variables, no resultaron significativos o bien no satisficieron los supuestos de los modelos de regresión lineal múltiple.

### Discusión

El presente estudio analizó la relación entre los distintos temperamentos afectivos y la edad del primer episodio depresivo, en una muestra de pacientes eutímicos con TB II. Los resultados obtenidos indican la existencia de una relación lineal, elevada e inversa entre el temperamento depresivo y la edad de inicio. A mayor puntaje en la escala depresiva, menor la edad de inicio de la enfermedad. Además, los temperamentos ciclotímico, ansioso e hipertímico, también mostraron relaciones lineales significativas e inversas con la edad de inicio del TB II.

Tabla 4  
Modelos de regresión lineal múltiple con edad de inicio como variable respuesta

	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
Modelo compuesto por una única variable				
Temperamento depresivo	-1,631	0,380	,001*	,381
Temperamento ciclotímico	-0,865	0,278	,004*	,244
Temperamento ansioso	-0,862	0,259	,002*	,276
Educación superior	8,965	3,756	,024*	,160
Modelo compuesto por todas las variables simultáneamente				
Temperamento depresivo	-1,197	0,557	,041*	,481
Temperamento ciclotímico	-0,460	0,310	,150	
Temperamento ansioso	0,040	0,381	,918	
Educación superior	4,871	3,441	,169	
Modelos compuestos por la variable educación superior y los distintos temperamentos afectivos				
Temperamento depresivo	-1,448	0,385	,001*	,435
Educación superior	5,456	3,268	,106	
Temperamento ciclotímico	-0,733	0,277	,013*	,323
Educación superior	6,540	3,548	,076	
Temperamento ansioso	-0,818	0,388	,044*	,296
Educación superior	6,501	3,647	,086	

Nota: *B* = Coeficiente estimado de la pendiente; *ES* = Error Estándar; *p* = p-valor; *R*<sup>2</sup> = Coeficiente de determinación.

\*  $p \leq ,05$

Por tanto, se propone que la presencia de características compatibles con un temperamento depresivo en individuos que aún no han desarrollado un trastorno del estado de ánimo, debería alertar no solo acerca de la posibilidad de un futuro trastorno depresivo (Henry et al., 1999; Gonda & Vázquez, 2014), sino también respecto a un potencial TB II. Especialmente, deberían considerarse en riesgo a aquellas poblaciones más vulnerables, como los familiares sanos de los pacientes que ya han sido diagnosticados con un TB (Vázquez et al., 2008).

Llamativamente, a diferencia de estudios previos (Hantouche et al., 1998; Henry et al., 1999) y de la hipótesis principal de

este trabajo, la relación principal no se observó entre la edad de inicio del TB II y el temperamento ciclotímico. Puntajes elevados en dicho temperamento podrían advertir sobre la presencia de un TB II, o bien, respecto a la existencia de cierta vulnerabilidad a desarrollar el mismo (Hantouche et al., 1998; Faedda et al., 2014). Sin embargo, en este trabajo se encontró una correlación moderada entre los puntajes en dicha escala y la edad de inicio del TB II. Posiblemente, de haberse contado con una muestra mayor de participantes, esta relación se habría visto fortalecida. De todos modos, en nuestra muestra de pacientes con TB II, los puntajes más elevados en la TEMPS-A Buenos Aires sí se observaron en la escala relati-

va al temperamento ciclotímico y, en segundo lugar, en la escala del temperamento depresivo.

En concordancia, al evaluar la presencia de TAD mediante el método porcentual (Vöhringer et al., 2012), un 50% de la muestra presentó dicho temperamento. Además, en este último caso sí se observó la presencia de una relación lineal significativa, inversa si bien débil, entre la presencia de este temperamento bajo una modalidad dominante y una menor edad de inicio. Esto se encuentra en sintonía con los modelos actuales que proponen a dicho temperamento como característico de los TB II (Vázquez & Gonda, 2015).

Por otra parte, el segundo TAD más prevalente fue el hipertímico, presentándolo un 25% de la muestra. En este caso, nuevamente se observó la presencia de una relación lineal significativa, inversa si bien débil, entre la presencia de este temperamento bajo una modalidad dominante y una menor edad de inicio. Posiblemente, la falta de relaciones significativas entre los otros temperamentos dominantes y la edad de inicio, pudo haber residido en la baja cantidad de participantes que presentaron los restantes temperamentos de forma pronunciada.

Al analizar los puntajes obtenidos en la escala del temperamento hipertímico, estos no mostraron relación con la edad de inicio. Considerando las características clínicas del TB II, donde no se observan episodios maníacos, sino que la polaridad dominante es de tipo depresiva; es de esperar que dichos pacientes no presenten un vínculo significativo con la edad de inicio (American Psychiatric Association, 2013; Henry et al., 1999).

No obstante, y paradójicamente, los participantes que presentaron un TAD de tipo hipertímico debutaron con una edad de inicio menor en comparación a aquellos que no lo presentaron. Si bien el número de individuos en nuestra muestra con un TAD hipertímico fue pequeño, este resultado podría sugerir que dichos individuos, de forma previa a presentar trastorno alguno, podrían encontrarse más vulnerables a manifestar, no solo un TB I, tal como fue reportado en la literatura (Gonda & Vázquez, 2014), sino también un TB II. Sería de interés, por lo tanto, hacer un seguimiento de estos casos y evaluar si en el futuro dichos pacientes, con TB II de inicio temprano y un TAD hipertímico, hacen el viraje a un TB I; o si presentar tal temperamento de forma predominante y temprana es un indicador estable de un TB II.

Considerando que los TAD han sido abordados como marcadores subclínicos de un trastorno afectivo (Vázquez & Gonda, 2015), cabría esperar que una menor edad de inicio en los TB II se encuentre positivamente vinculada a los mismos. Futuros estudios, con mayor cantidad de individuos con TB que presenten un TAD, podrían corroborar los resultados obtenidos en esta investigación y, posiblemente, expandir los resultados a los otros temperamentos. Como se comentó en la introducción, resulta llamativa la ausencia de estudios que hayan buscado analizar en profundidad la naturaleza del vínculo entre los TAD, los temperamentos afectivos en general y la edad de inicio en los TB.

En relación al análisis de los puntajes de los temperamentos ansioso e irritable, estos también presentaron una asociación moderada y significativa con la edad de inicio. Ha sido ampliamente reportada la

presencia de una elevada comorbilidad entre los trastornos bipolares y los trastornos de ansiedad (Vázquez, Baldessarini, & Tondo, 2014) que podría explicar, en parte, estos hallazgos. Por otro lado, el temperamento irritable está conformado básicamente por la presencia simultánea en el mismo individuo de rasgos tanto depresivos como hipértimicos, características inherentes de los trastornos bipolares.

Al contrario de lo reportado de forma previa (Henry et al., 1999), no se detectaron relaciones significativas entre los distintos temperamentos y las variables clínicas cantidad de hospitalizaciones y episodios depresivos. Si bien se planteó que, de existir un temperamento más marcado y una edad de inicio más temprana, se presentarían mayores indicadores de morbilidad, tal como un mayor número de internaciones y de cuadros depresivos, en esta muestra de participantes no se observó tal relación (Forte et al., 2015; Perlis et al., 2004; Vázquez, Lolich, et al., 2012). Es posible que el número muestral haya limitado la potencia de los análisis, pero también es posible suponer que las características clínicas no severas de los participantes incluidos en este trabajo (un 75% presentó ausencia de internaciones, un 21,9% presentó menos de 10 episodios depresivos y ninguno de los individuos con TB II contaba con historia de intentos de suicidio) expliquen, en parte, la falta de tal asociación.

En busca de analizar con mayor profundidad las asociaciones encontradas, se ensayaron distintos modelos de regresión multivariados con la edad de inicio como variable respuesta. Cuando se incluyeron los temperamentos que resultaron significativos a nivel bivariado (de forma conjunta o de modo independiente) y la variable educación superior, se encontraron mode-

los globalmente significativos. No obstante, el coeficiente de esta última variable no conservó en ninguno de los modelos ensayados su significatividad, aunque a nivel bivariado mostró estar correlacionado con la edad de inicio. Como es sabido, de iniciar el TB II más tempranamente se reducen las chances de alcanzar mayores niveles de instrucción, así como niveles óptimos de autonomía y de funcionalidad en general (Perlis et al., 2004). Nuevamente, es posible que un mayor número muestral hubiese incrementado la potencia estadística de los análisis.

Asimismo, cabe destacar que, al evaluarse los temperamentos de modo independiente y acompañados por la variable educación superior o por el TAD hipértimico y ciclotímico, sus coeficientes nunca perdieron su significatividad. Esto podría sugerir que dichas variables no afectaron la relación entre un mayor puntaje en las escalas y la edad de inicio de forma notoria, por lo que se reforzarían, parcialmente, los resultados encontrados a nivel bivariado. Por otro lado, en los distintos modelos ensayados, la variable temperamento depresivo conservó en todos los casos su relevancia estadística, otorgando nuevamente cierto respaldo a los datos presentados a nivel bivariado.

Este trabajo presenta una serie de limitaciones; como se ha expresado, el tamaño muestral es limitado, mientras que el diseño del estudio fue no experimental y los resultados obtenidos poseen solo un alcance correlacional. Por otra parte, el diseño muestral fue no probabilístico, por lo que las conclusiones son válidas solo para el grupo de individuos que aceptaron participar del estudio. Otro aspecto a considerar, es el hecho de que las asociaciones significativas reportadas en relación a la edad de inicio y los puntajes en las esca-

las de la TEMPS-A, son todas de fuertes a moderadas.

A pesar de estas limitaciones, se cree que los resultados son tanto clínica como teóricamente relevantes, no solo por su alcance potencialmente preventivo, sino además, por resultar novedosos al reportar información sobre el vínculo entre variables de relevancia que han sido poco exploradas de forma conjunta.

Contar con herramientas que permitan colaborar en la detección temprana del TB

II es fundamental. Como se desarrolló en la introducción, es imperiosa la necesidad de detectar y abordar adecuadamente y de forma temprana este trastorno. Se considera que la utilización e inclusión de la TEMPS-A dentro de las baterías clásicas de evaluación, posibilitará avanzar en esta dirección, teniendo en especial consideración al temperamento depresivo como potencial predictor de comienzo a edad temprana del TB II. Además, la presencia de un TAD hipertímico y ciclotímico también debiera alertar sobre la posibilidad de sufrir este trastorno a futuro.

### Referencias

- Akiskal, H. S. (1996). The temperamental foundations of affective disorders. En C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 3-30). London, England: Gaskell.
- Akiskal, H. S. & Akiskal, K. K. (1992). Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. En A. Tasman & M. B. Riba (Eds.), *Annual Review* (Vol. 2, pp. 43-62). Washington, District of Columbia: American Psychiatric Press.
- Akiskal, K. K. & Akiskal, H. S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: Implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 231-239.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Akiskal, H. S. & Akiskal, K. K. (2007). In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 1-6.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.013>
- Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Haykal, R. F., Manning, J. S., & Connor, P. D. (2005). TEMPS-A: Progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 3-16.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.001>
- Akiskal, H. S. & Vázquez, G. H. (2006). Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro. *Vertex*, 17(69), 340-346. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex69.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, District of Columbia: American Psychiatric Association Publishing.

- Angst, J., Gamma, A., Bowden, C. L., Azorin, J. M., Perugi, G., Vieta, E., & Young, A. H. (2012). Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 3-11.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-011-0228-0>
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A., ... Tohen, M. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, 11(1), 40-46.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.006>
- Baldessarini, R. J., Undurraga, J., Vázquez, G. H., Tondo, L., Salvatore, P., Ha, K., ... Vieta, E. (2012). Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 293-302.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01818.x>
- Faedda, G. L., Marangoni, C., Serra, G., Salvatore, P., Sani, G., Vázquez, G. H., ... Koukopoulos, A. (2015). Precursors of bipolar disorders: A systematic literature review of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(5), 614-624.  
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13r08900>
- Forte, A., Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Pompili, M., & Girardi, P. (2015). Long-term morbidity in bipolar-I, bipolar-II, and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 178, 71-78.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.011>
- Gassab, L., Mechri, A., Bacha, M., Gaddour, N., & Gaha, L. (2008). Tempéraments affectifs dans les troubles bipolaires et unipolaires: Comparaison des profils tempéramentaux et relation avec les caractéristiques cliniques. *L'Encéphale*, 34(5), 477-482.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2007.08.003>
- Gonda, X. & Vázquez, G. H. (2014). Theoretical and clinical overview of affective temperaments in mood disorders. *Psicodebate*, 14(2), 39-57.  
<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v14i2.355>
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. New York, New York: Oxford University Press.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62. Recuperado de  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14399272>
- Hantouche, E. G., Akiskal, H. S., Lancrenon, S., Allilaire, J. -F., Sechter, D., Azorin, J. -M., ... Châtenet-Duchêne, L. (1998). Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: Data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 163-173.  
[http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00112-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00112-8)
- Henry, C., Lacoste, J., Bellivier, F., Verdoux, H., Bourgeois, M. L., & Leboyer, M. (1999). Temperament in bipolar illness: Impact on prognosis. *Journal of Affective Disorders*, 56(2-3), 103-108.  
[http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00219-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00219-5)

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Lolich, M., Vázquez, G., & Leiderman, E. A. (2010). Primer episodio psicótico en trastorno bipolar: diferenciación clínica e impacto funcional en una muestra argentina. *Vertex*, 21(94), 418-427. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex94.pdf>
- Lolich, M., Vázquez, G. H., Zapata, S., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2015). Affective temperaments in tango dancers. *Journal of Affective Disorders*, 173, 27-30. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.018>
- Mazzarini, L., Pacchiarotti, I., Colom, F., Sani, G., Kotzalidis, G. D., Rosa, A. R., ... Vieta, E. (2009). Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 28-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.016>
- Merikangas, K. R. & Lamers, F. (2012). The "true" prevalence of bipolar II disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(1), 19-23. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834de3de>
- Oedegaard, K. J., Syrstad, V. E. G., Morken, G., Akiskal, H. S., & Fasmer, O. B. (2009). A study of age at onset and affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 229-233. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.030>
- Patel, R., Shetty, H., Jackson, R., Broadbent, M., Stewart, R., Boydell, J., ... Taylor, M. (2015). Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder. *PLoS One*, 10(5), 1-17. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0126530>
- Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., ... Nierenberg, A. A. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systemic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9), 875-881. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022>
- Romero, E., Holtzman, J. N., Tannenhaus, L., Monchablon, R., Rago, C. M., Lolich, M., & Vázquez, G. H. (2016). Neuropsychological performance and affective temperaments in euthymic patients with bipolar disorder type II. *Psychiatry Research*, 238, 172-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.032>
- Strejilevich, S. & Retamal Carrasco, P. (2003). Percepción del impacto y del proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex*, 14(54), 245-252. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex54.pdf>
- Tohen, M., Frank, E., Bowden, C. L., Colom, F., Ghaemi, S. N., Yatham, L. N., ... Berk, M. (2009). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 11(5), 453-473. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00726.x>

- Vázquez, G. H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Vertex*, *14*(2), 9-24.  
<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v14i2.353>
- Vázquez, G. H. & Akiskal, H. S. (2005). Escala de Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego Autopalicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires). *Vertex*, *16*(60), 89-94. Recuperado de  
<http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex60.pdf>
- Vázquez, G. H., Baldessarini R. J., & Tondo, L. (2014). Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: Clinical and therapeutic overview. *Depression and Anxiety*, *31*(3), 196-206.  
<http://dx.doi.org/10.1002/da.22248>
- Vázquez, G. H. & Gonda, X. (2015). Affective temperaments: Potential latent stages of bipolar disorders. En F. Kapczinski, E. Vieta, P. V. S. Magalhães, & M. Berk (Eds), *Neuroprogression and staging in bipolar disorder* (pp. 127-144). New York, New York: Oxford University Press.
- Vázquez, G. H., Kahn, C., Schiavo, C. E., Goldchluk, A., Herbst, L., Piccione, M., ... Akiskal, H. S. (2008). Bipolar disorders and affective temperaments: A national family study testing the “endophenotype” and “subaffective” theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *Journal of Affective Disorders*, *108*(1-2), 25-32.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.011>
- Vázquez, G. H., Lolich, M., Leiderman, E., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2012). Age at onset of 648 patients with major affective disorders: Clinical and prognostic implications. *Mind & Brain, The Journal of Psychiatry*, *3*(2), 1-7. Recuperado de  
<http://content.yudu.com/Library/A20aa7/MindampBraintheJourn/resources/7.htm>
- Vázquez, G. H., Nasetta, S., Mercado, B., Romero, E., Tifner, S., Ramón, M. D. L., ... Akiskal, H. S. (2007). Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Spanish psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina. *Journal of Affective Disorders*, *100*(1-3), 23-29.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.028>
- Vázquez, G. H., Tondo, L., Mazzarini, L., & Gonda, X. (2012). Affective temperaments in general population: A review and combined analysis from national studies. *Journal of Affective Disorders*, *139*(1), 18-22.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.032>
- Vöhringer, P. A., Whitham, E. A., Thommi, S. B., Holtzman, N. S., Khrad, H., & Ghaemi, S. N. (2012). Affective temperaments in clinical practice: A validation study in mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 577-580.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.028>
- Xu, G., Lu, W., Ouyang, H., Dang, Y., Guo, Y., Miao, G., ... Lin, K. (2014). Association of affective temperaments measured by TEMPS-A with cognitive deficits in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *161*, 109-115.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.005>

Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429-435.  
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

Fecha de recepción: 30 de enero de 2016

Fecha de aceptación: 30 de junio de 2016