

Cambios de personalidad en adultos con trastorno depresivo grave o trastorno obsesivo-compulsivos tratados con paroxetina

Arthur L. Brody, M.D.; Sanjaya Saxena, M.D.; Lynn A. Faribanks, Ph.D.; Shervin Alborzain, B.A.; Heath A. Demaree, Ph.D.; Karron M. Maidment, R.N.; y Lewis R. Baxter, Jr., M.D.

Recibido el 4 de Juniode 1999; Aceptado el 19 de Octubre de 1999. De la Universidad de California en Los Ángeles, Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Biocomportamiento, Los Ángeles (todos los autores); y del Departamento de Neurobiología, Universidad de Alabama, Birmingham (Dr. Baxter).

Patrocinado por una Alianza Nacional para el Premio a Jóvenes Investigadores para la Investigación sobre Esquizofrenia y Depresión (Dr. Brody), la fundación Charles A. Dana (Dr. Saxena) y la beca R01 MH-53565 del Instituto Nacional de Salud Mental (Dr. Baxter).

Presentado en parte en el encuentro anual de la Universidad Americana de Neuropsicofarmacología, Los Croabas, Puerto Rico, del 14 al 18 de Diciembre de 1998.

Historia: Los estudios en humanos y en animales señalan hacia tres dimensiones de la personalidad que cambian durante el tratamiento farmacológico con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Con el tratamiento con un ISRS se ha encontrado, específicamente, un descenso en la evitación del peligro, se ha notado un aumento de la dominancia social y se ha visto un descenso de la hostilidad en situaciones sociales. Nosotros buscábamos determinar cambios de personalidad en sujetos con trastorno depresivo grave (TDG) o con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tratados con paroxetina. También hemos buscado determinar si estos cambios de personalidad están o no relacionados con el estatus de la enfermedad (TDG vs. TOC) o con la respuesta al tratamiento (respondedores contra no respondedores).

Método: Treinta y siete sujetos a los que se les había diagnosticado TDG o TOC (según los criterios del DSM-IV), llevaron a cabo el Inventario de 16 de Factores de Personalidad (16-FP) de Cattell antes y después del tratamiento con paroxetina. Se definió la respuesta al tratamiento como “mucho” o “muchísima”

mejora en la valoración Clínica Global Impresiones-Mejora o como un descenso en la puntuación de al menos un 50% en la Escala de Hamilton para la Depresión para el TDG o de al menos un 30% en la Escala de Yale-Brown para el TOC.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en cuanto a cambios de personalidad entre sujetos con TDG o TOC en tratamiento. En la totalidad del grupo, los respondedores al tratamiento tuvieron un mayor descenso en los factores 16-FP en relación a evitación del peligro que los que no respondieron. Se encontró un aumento en factores de dominancia social y un descenso en factores relacionados con la hostilidad en situaciones sociales, pero estos cambios no fueron significativamente diferentes entre los respondedores y los no respondedores.

Conclusión: Estos hallazgos indican que ciertas dimensiones de la personalidad cambian con el tratamiento con un ISRS y que algunos de estos cambios son independientes de la respuesta clínica al tratamiento.

Este artículo se ha publicado en la revista: J. Clin Psychiatry, 2000.

Existe evidencia substancial que demuestra que los rasgos de personalidad permanecen estables durante la edad adulta.¹⁻⁴ Sin embargo, un creciente número de publicaciones sugiere que los tratamientos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden cambiar estos rasgos.

Parece ser que tres dimensiones de la personalidad cambian con la administración de un ISRS, a saber, la evitación del peligro, la dominancia social y la hostilidad en situaciones sociales. La primera de estas dimensiones, la evitación del peligro, fue originalmente descrita por Cloninger⁵ como una tendencia a responder intensamente a señales de estímulos adversos, aprendiendo de ese modo a inhibir el comportamiento para evitar castigos, novedad y frustración. Los sujetos con altas puntuaciones en la evitación del peligro (medido según el Cuestionario Tridimensional de Personalidad [CTP])⁵ son descritas como personas temerosas, tensas y lentas para recuperarse de una situación de estrés. Se ha observado disminución de la evitación del peligro en sujetos con trastornos depresivos graves (TDG),⁶ trastornos obsesivos-convulsivos (TOC),⁷ y trastornos generalizados de ansiedad⁸ que responden a tratamientos con un ISRS u otros antidepresivos.

La segunda dimensión, dominancia social, se refiere a la clasificación de un animal en su grupo, con más animales dominantes ganando a animales más subordinados en encuentros competitivos. En los animales, la dominancia social se ha relacionado con la neurotransmisión serotoninérgica. Se ha observado que esta característica aumenta tanto con inyecciones centrales de serotonina⁹ como con la administración de fármacos que potencian a la serotonina, incluido un ISRS,¹⁰ y que disminuye con fármacos que disminuyen la función serotoninérgica.¹⁰ Refuerzan esta conexión algunos informes anecdóticos sobre el aumento de confianza social en sujetos depresivos tomando ISRS¹¹.

En cuanto al tercer factor, se ha observado que la potenciación de la neurotransmisión serotoninérgica disminuye la hostilidad y la agresión¹²⁻¹⁷ e incrementa el comportamiento social afiliativo tanto en animales¹⁸ como en voluntarios humanos sanos.¹⁹ En uno de estos estudios,¹⁹ a unos voluntarios sanos, tanto médica

como psiquiátricamente, se les suministró tanto el ISRS paroxetina (20 mg/día) como placebo durante 4 semanas. Se puntuó a los sujetos según su nivel de hostilidad y comportamiento social de afiliación durante una grabación en cinta de vídeo mientras ellos realizaban una tarea estandarizada de montar un puzzle. Los sujetos tratados con paroxetina tenían tanto un descenso de la hostilidad general como un incremento en el comportamiento social afiliativo en comparación con los sujetos tratados con placebo.

Sobre la base de estos informes previos, intentamos determinar si las dimensiones de personalidad cambiarían entre el pretratamiento y el postratamiento con el ISRS paroxetina en sujetos con TDG o con TOC. Escogimos el cuestionario del formulario A del Inventario de 16 de Factores de Personalidad (16-FP) de Cattell²⁰ para medir los rasgos de personalidad debido a su fiabilidad a corto y a largo plazo (fiabilidad y estabilidad respectivamente) y por que estaba diseñado para medir rasgos estables de la personalidad (los factores en esta escala tienen una correlación de 0.78 para un periodo de 2 meses).²¹ Las 16 "fuentes de rasgos" de este inventario se derivaban de un estricto análisis de factores y han sido robustamente validados en muchos estudios.^{21,22} Aunque el número y la naturaleza de los factores necesarios para describir la personalidad son asunto de intensos debates,²²⁻²⁹ la estructura original del 16-FP ha sido apoyada en repetidas ocasiones.²² Además, los cambios de personalidad han sido documentados con el 16-FP durante otras formas de intervención, tales como el tratamiento de hipertiroidismo³⁰ y entrenamientos energéticos.

Dados los informes previos sobre un descenso en la evitación de peligro con ISRSs, hemos asumido la hipótesis de que las puntuaciones del factor C en los 16-FP (afectadas por los sentimientos vs. estable emocionalmente) aumentarían, siendo los sujetos tratados con un ISRS más estables emocionalmente, y que las puntuaciones sobre los factores O (apacibles contra aprensivos) y Q4 (relajados contra tensos) descenderían, en sujetos tratados con un ISRS que serían más apacibles y relajados. Basándonos en la asociación entre aumento de la dominancia social y la potenciación de

la actividad serotoninérgica, hemos asumido la hipótesis de que los factores E (humilde vs. dominante) y H (tímido vs. audaz) aumentarían la puntuación, llegando a ser los sujetos en tratamiento con un ISRS más firmes y audaces. Dado el aumento en el comportamiento social de afiliación y la disminución de hostilidad observada en el tratamiento con un ISRS en estudios previos, asumimos la hipótesis que las puntuaciones del factor A (reservado contra abierto) aumentarían, pasando a ser los sujetos más abiertos, y las puntuaciones del factor L (confiados contra desconfiados) descenderían, llegando a ser más confiados los sujetos en tratamiento. El factor L se añade aquí porque las preguntas que se incluyen en este factor están relacionadas con si uno aborda las situaciones sociales con una actitud confiada o desconfiada y hostil.

Método

Sujetos, tratamiento y escalas de puntuación

Este estudio fue aprobado por la Universidad de California en la Oficina de Los Ángeles de Protección de Investigación a Personas. Los sujetos daban su consentimiento tras recibir amplias explicaciones acerca de los procedimientos y los posibles efectos secundarios de la paroxetina.

Treinta y siete pacientes con TDG (N=20) o con TOC (N=17) completaron el 16-FP antes y después de entre 8 y 12 semanas de tratamiento abierto con paroxetina (dosis objetivo 40 mg/día). Los sujetos fueron instruidos para completar el 16-FP con referencia a sus rasgos de personalidad actuales. Los aspectos clínicos del tratamiento están resumidos en la Tabla 1. Los sujetos

fueron incluidos en este estudio tras haber sido sometidos a una evaluación clínica y tras haberse confirmado el diagnóstico mediante la administración del Programa para Trastornos Afectivos y la versión para la Esquizofrenia durante la Vida por medio de un evaluador ciego para los diagnósticos asignados. Los pacientes cumplían los criterios de la DSM-IV tanto para TDG como para TOC sin diagnósticos comórbidos del Eje I (incluyendo abuso de sustancias) y sin patologías médicas concomitantes. Todos los sujetos estaban libres de medicaciones psicotrópicas por lo menos durante 2 semanas (y por lo menos 5 semanas de fluoxetina) antes de iniciar el estudio.

Durante el estudio no se permitieron medicaciones psicotrópicas, salvo paroxetina, y se monitorizó la cumplimiento mediante un informe del paciente durante las visitas semanales de medicación con el psiquiatra que lo trataba (A.L.B. o S.S.). La severidad de los síntomas se valoró con la Puntuación de la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D),³³ la Puntuación de la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A)³⁴ y la Escala de Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS)^{35,36}. La mejora clínica se registró tras el tratamiento usando la escala Clínica Global de Impresiones-Mejora (CGI-I).³⁷

Las medias y las desviaciones estándar se calcularon y examinaron para los factores 16-FP de interés. La respuesta clínica se definió como una puntuación en la CGI-I de “mucho” o “muchísima” mejora y un descenso en la puntuación de al menos un 50% en la HAM-D en sujetos con TDG o una caída de un 30% o mayor en la puntuación Y-BOCS para sujetos con TOC. Estos umbrales se escogieron en base a estudios clínicos previos que emplearon estos valores.³⁸⁻⁴⁰

Tabla 1. Variables clínicas de la población del estudio

Grupo tratamiento	Hombres		Mujeres		Edad (a)		Dosis Paroxetina (mg/d)		Tiempo entre puntuaciones (s)	
	N	%	N	%	Media	DE	Media	DE	Media	DE
TDG respondedores	9	60.0	6	40.0	39.5	11.7	34.0	10.6	10.2	3.3
TOC respondedores	5	62.5	3	37.5	40.5	11.6	40.0	9.3	10.1	2.0
TDG no respondedores	4	80.0	1	20.0	33.4	4.9	34.0	8.9	9.0	3.6
TOC no respondedores	5	55.6	4	44.4	39.8	15.8	38.9	14.5	10.3	2.8

^a Abreviaciones: TDG = trastorno depresivo grave, TOC = trastorno obsesivo compulsivo

Los cambios de porcentaje de las puntuaciones de las escalas de valoración se calcularon restando la puntuación del postratamiento de la del pretratamiento y dividiéndolo entre la puntuación de pretratamiento.

Análisis Estadístico

Los cambios en los 7 rasgos de la personalidad listados arriba (factores A, C, E, H, L, O y Q4 de 16FP) se evaluaron empleando mediciones repetidas de análisis multivariante de varianza (MANOVA) con 2 factores intra-sujetos (factor 16-FP y tiempo) y 2 factores inter-sujetos (respuesta al tratamiento y diagnóstico) (SPSS versión 8.0). Para este análisis se usaron los datos sin tratar del 16-FP. En base a estos resultados (presentados abajo) realizamos repetidas medidas de análisis de varianza (ANOVA) para cada uno de los 7 factores de interés del 16-FP que hipotéticamente cambian con el tratamiento. En estos análisis, las puntuaciones del factor 16-FP del pretratamiento y del postratamiento fueron las medidas repetidas y los diagnósticos (TDG vs. TOC) y la respuesta al tratamiento (respondedores vs. no respondedores) fueron los factores inter-sujetos. Los niveles alfa para estas hipótesis de contraste se fijaron en $p < .05$. Adicionalmente, dado un informe previo de diferencias de género en los cambios de personalidad con cambios clínicos, 41 hicimos también el análisis para los factores 16-FP de interés con el género como una covariante.

Para examinar los 9 factores 16-FP restantes se realizaron medidas repetidas de ANOVA para estos factores de la misma forma que las ANOVAS descritas anteriormente. Sin embargo, se usó un criterio más riguroso, $p \leq .01$, para la significancia en estos análisis secundarios, dado que estos tests fueron considerados exploratorios.

Resultados

Treinta y tres sujetos respondieron al tratamiento (15 sujetos con TDG y 8 con TOC), y 14 sujetos fueron no respondedores al tratamiento (5 con TDG y 9 con TOC). Para el total del grupo, las puntuaciones medias para 6 de

Fig. 1. Cambios medios para los respondedores y los no respondedores al tratamiento en los factores 16-FP relacionados con la evitación del peligro

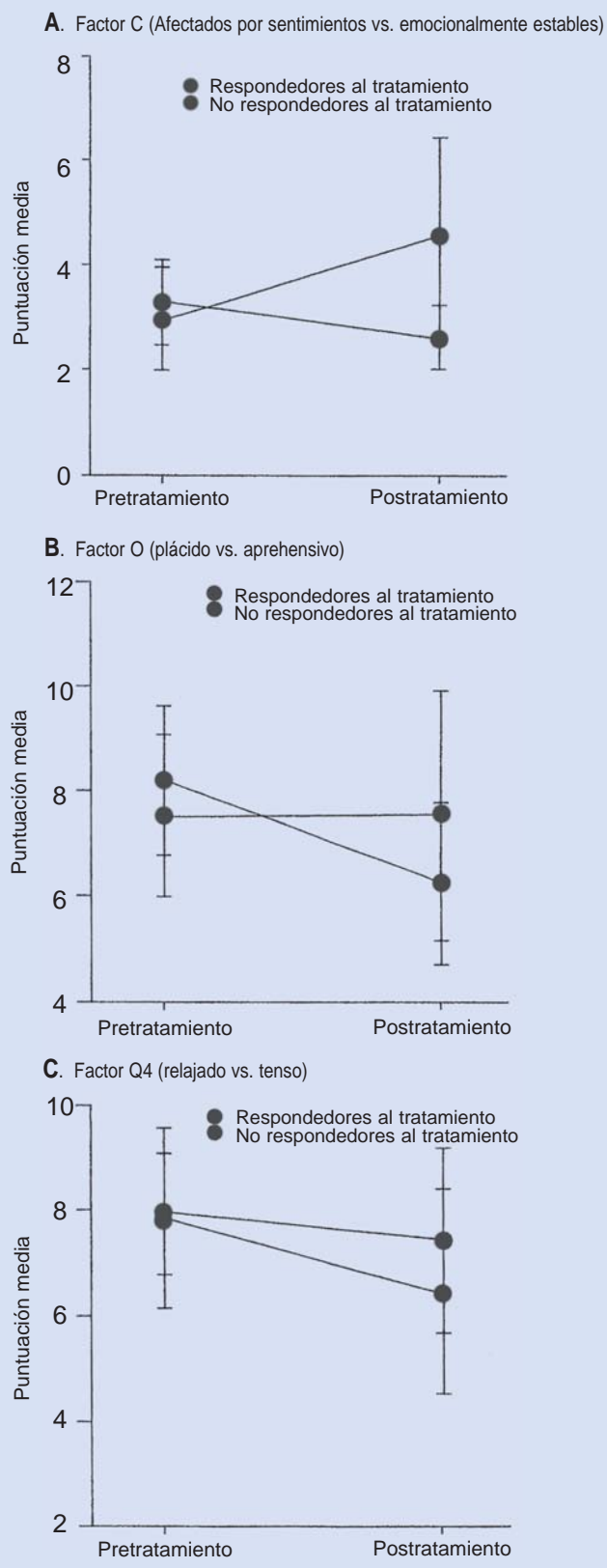


Fig. 2. Cambios medios para los respondedores y los no respondedores al tratamiento en los factores 16- FP relacionados con la dominancia social

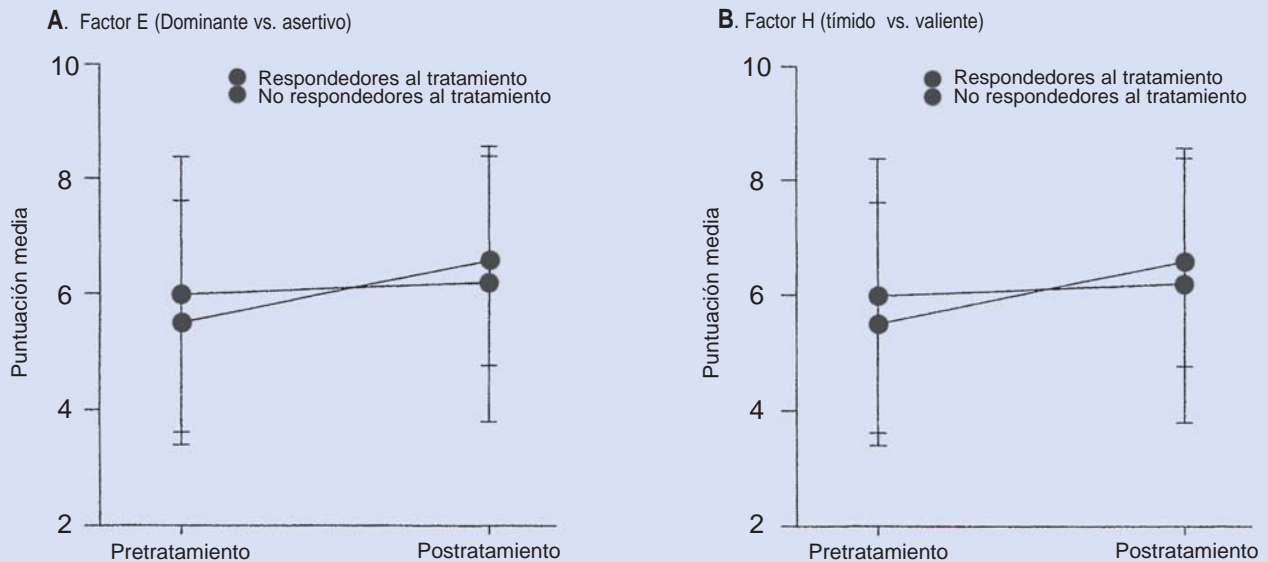
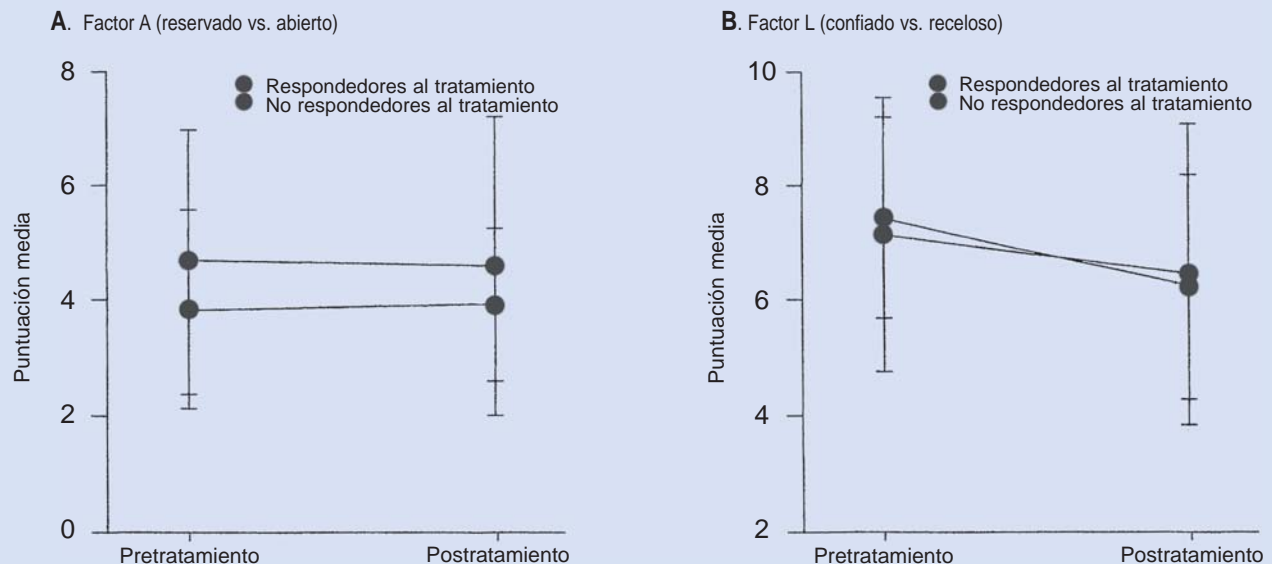


Fig. 3. Cambios medios para los respondedores y los no respondedores al tratamiento en los factores 16- FP relacionados con la hostilidad en situaciones sociales



los 7 factores 16- FP cambiaron en las direcciones predichas (véase Figuras 1 a 3). La excepción fue el factor A, (tímido vs. abierto) que mostró un patrón de cambio no consistente. La MANOVA total indicó un cambio significativo en los factores 16-FP con tiempo ($F= 4,61$, $df = 6,28$; $p = .002$) y una diferencia significativa entre los respondedores y los no respondedores al tratamiento en cuanto a todo el cambio en los factores 16-FP con

tiempo (Fig. = 4.07, $df = 6,28$; $p = .005$). Esta MANOVA no indicó ninguna diferencia significativa en los cambios de personalidad entre sujetos con TDG y aquellos con TOC. A pesar de este hecho, continuamos usando el estatus de la enfermedad como un factor inter-sujetos dado que los asuntos de la personalidad pueden cambiar diferencialmente en sujetos con TDG versus aquellos con TOC.

Tabla 2. Análisis de la varianza con medidas repetidas para los 16 factores de interés del inventario de Cattell de factor de personalidad (16-FP)

Factores 16 FP	Tiempo (valor de p)	Tiempo x Respuesta (valor de p)
Evitación de lesión		
Factor C	NS	< .0005
Factor O	.01	.004
Factor Q4	NS	NS
Dominancia social		
Factor E	.03	NS
Factor H	.01	.053
Afiliación social / hostilidad		
Factor A	NS	NS
Factor L	< .0005	NS

Los resultados de las ANOVA para los 7 factores de interés 16-FP se resumen en la Tabla 2 conforme a sus dimensiones de personalidad relacionadas. Ninguna diferencia entre sujetos con TOC y TDG se aproximó a la significancia para cualquiera de los factores de interés (pretratamiento o postratamiento por diagnóstico de interacción), salvo una tendencia para los sujetos con TOC a tener un mayor decremento en el factor L (más confianza) ($F = 3,90$, $p = .06$).

Para 2 factores de los 3 16-FP relacionados con la evitación del peligro (C y O), hubo interacciones significativas entre tiempo (pretratamiento y postratamiento) y la respuesta al tratamiento, con respondedores mostrando una mayor incremento en la estabilidad emocional ($F = 16,97$, $p < .0005$) y un mayor decremento de la aprehensión ($F = 9,57$, $p = .004$; Fig. 1A y 1B) que los no respondedores. El factor O también tenía un significativo efecto principal con el tiempo ($F = 6,84$, $p = .01$) indicando que el grupo como un todo llegaba a ser menos temeroso con el tratamiento. El análisis del factor Q4 (relajado vs. tenso) (Fig. 1C) no reveló un efecto significativo principal con el tiempo o las interacciones con los diagnósticos o la respuesta al tratamiento. Para los factores 16-FP relacionados con la dominancia social (E y H), hubo efectos principales significativos de tiempo (pretratamiento o postratamiento) para ambos factores ($F = 5,51$, $p = .03$ para el factor E; $F = 7,16$, $p = .01$ para el factor H) y la interacción entre tiempo y respuesta al tratamiento se aproximó a la significancia en el factor H ($F = 4,08$, $p = .053$). Estos hallazgos indican que los sujetos llegan a ser más asertivos (factor E) independientemente

de si mejoran o no sus síntomas depresivos o de TOC con el tratamiento, pero parece que los respondedores al tratamiento llega a ser considerablemente más valientes (factor H) que los no respondedores (Fig. 2A y 2B).

En relación con la hostilidad y el comportamiento social de afiliación, los análisis de los factores A y L revelaron diferentes patrones de cambio. El factor A (reservado vs. abierto) tenía una interacción tiempo por diagnóstico por respuesta ($F = 5,58$, $p < .02$) pero el examen de los cambios medios para el grupo de pacientes (Fig. 3A) no reveló patrones significativos de cambio. Por otra parte, el factor L (confianza vs. sospecha) tenía un efecto principal significativo con el tiempo ($F = 18,05$, $p < .0005$). Este cambio no se asociaba con respuesta al tratamiento, indicando que los sujetos llegan a ser mas confiados y menos hostiles, independientemente de la respuesta a la paroxetina (Fig. 3B). No se encontraron diferencias significativas entre los cambios de personalidad en hombres y mujeres cuando se empleó el género como covariante.

En nuestro análisis exploratorio de los 9 factores restantes de 16-FP, solo un factor, el factor N (franco vs. perspicaz) tenía un efecto principal significativo de cambio con el tiempo ($F = 10,20$, $p < .003$). No hubo otras interacciones entre cambio en este factor y enfermedad o respuesta al tratamiento, indicando que el grupo como un todo llegó a ser más franco, independientemente de la enfermedad o la respuesta clínica. No se encontraron otros efectos significativos principales o interacciones en las ANOVAs para el resto de factores 16-FP.

Para caracterizar mejor la relación entre el cambio

de personalidad y el cambio en la severidad de los síntomas, realizamos también correlaciones exploratorias de Kendall entre los cambios de puntuación de HAM-D, HAM-A e Y-BOCS y los cambios en los 7 factores de interés 16-FP, usando un valor conservador para la significancia ($p \leq .01$). Los cambios en los factores C y O (estabilidad emocional y aprehensión) se correlacionaron fuertemente con cambios en la puntuación HAM-D ($r = -0.38$, $p = .002$ y $r = 0.35$, $p = 0.005$ respectivamente) y cambio en la puntuación HAM-A ($r = -0.36$, $p = .004$ y $r = -0.40$, $p = .001$ respectivamente). Ni las otras correlaciones con las puntuaciones HAM-D o HAM-A ni las correlaciones con las puntuaciones de Y-BOCS alcanzaron significancia.

Discusión

Nuestros resultados indican que dimensiones de la personalidad cambian durante el tratamiento con paroxetina y que estas dimensiones tienen relaciones variantes con los cambios en los síntomas clínicos del TDG y el TOC.

Los cambios en los factores 16-FP con respecto a la evitación del peligro (C [estabilidad emocional] y O [aprehensión]) estaban asociadas significativamente con la respuesta al tratamiento y fuertemente correlacionados con los cambios en las puntuaciones HAM-D y HAM-A. Estos hallazgos sugieren que la dimensión de la personalidad de la evitación del peligro decrece durante el tratamiento con paroxetina al tiempo que mejoran los síntomas de TDG y TOC. Estos hallazgos son consistentes con el informe previo⁶ de la evitación del peligro disminuyendo en sujetos con TDG que respondieron al tratamiento con un ISRS pero extiende estos hallazgos a los pacientes con TOC. La fuerte correlación entre los descensos en la evitación del peligro y la mejora de los síntomas de depresión y ansiedad sugieren que el rasgo de personalidad de la evitación del peligro está fuertemente unido con los síntomas del Eje I de estado de ánimo y síntomas de ansiedad.

Para los factores afiliación social y de hostilidad, el factor A (reservado vs. abierto) no tenía un patrón significativo de cambio pero el factor L (confianza vs. suspi-

racia) y un factor relacionado (N [franco vs. perspicaz]) cambiaron a lo largo del tiempo independientemente de la respuesta al tratamiento. Estos hallazgos indican que tanto los respondedores como los no respondedores llegan a tener más confianza y a ser más francos y menos hostiles desde el pretratamiento hasta el postratamiento. La falta de correlación entre el cambio en el factor L y el cambio en la puntuación de las escalas de síntomas apoya la conclusión de que esta dimensión de la personalidad es independiente del estatus clínico.

Los cambios de personalidad encontrados en este estudio durante el tratamiento estandarizado con un ISRS son consistentes con los estudios naturalistas que examinan la relación entre la personalidad y los trastornos del estado de ánimo del Eje I y los trastornos de ansiedad.⁴¹⁻⁴⁸ Esos estudios han mostrado que algunas dimensiones de la personalidad son dependientes del estatus (empeorando a medida que empeoran el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad y mejorando a medida que los síntomas mejoran) mientras otros son independientes del estado de ánimo y los síntomas de ansiedad. Específicamente, se ha reportado repetidamente el neuroticismo (descrito como una sensibilidad temporal a estímulos negativos) de ser estatus dependiente en el TDG.⁴¹⁻⁴⁶ Esta característica de la personalidad es similar a nuestra dimensión de evitación del peligro, que también se encontró que cambia con el estatus clínico. La relación entre la dominancia social y el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad no se han reportado suficientemente. Sin embargo, la extraversión (similar a nuestra dimensión de comportamiento de afiliación social/ hostilidad) se ha encontrado ocasionalmente (pero no consistentemente) que tiene una relación significativa con el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad.⁴¹⁻⁴⁵ Se ha encontrado que la amabilidad (otro rasgo similar a nuestra dimensión afiliación social/hostilidad) permanece inalterado con los cambios de estado de ánimo.⁴⁴ Nuestro hallazgo de que el comportamiento social afiliativo y la hostilidad no tenían una relación significativa con los cambios del estado de ánimo y de ansiedad es consistente con la relativa falta de asociación entre extraversión (y amabilidad) los estatus del estado de ánimo y de ansiedad en informes previos.

Si bien nosotros éramos capaces de defender nuestra hipótesis central con los datos, 2 importantes limitaciones del estudio apuntan a la necesidad de interpretar nuestros resultados con cautela. Primero, no había un grupo de pacientes control tratados con placebo. Esta limitación obstaculiza nuestra capacidad para relacionar firmemente los cambios de personalidad con la administración de un ISRS, porque los cambios observados pueden deberse a otros factores. Dado que el trabajo previo indica que los factores de la personalidad permanecen estables durante el periodo del estudio, (sin intervención) es poco probable que solo el tiempo sea el responsable de los cambios observados en el estudio. Sin embargo, el participar en el estudio, el engancharse al tratamiento, el tomar un comprimido, y el contacto con los médicos del estudio, puede haber contribuido a los cambios en los cuestionarios de la personalidad vistos aquí. Segundo, algunos de nuestros resultados en los que no se alcanzó significancia fueron sorprendentes, señalando la necesidad de una muestra más amplia y diversa para ayudar a clarificar estas áreas. Por ejemplo, mientras las medias para todos los grupo de pacientes decrecieron hacia ser más relajados en el factor Q4 (relajado vs. tenso) con el

tratamiento con un ISRS (Fig. 4C), este cambio no alcanzó significancia en ninguna de las otras medidas. (Fig. 1C). Dada la abundancia de evidencias de que el tratamiento con un ISRS reduce la tensión, un estudio más amplio (usando medidas adicionales de personalidad), probablemente confirmaría esta relación.

Se ha visto que los ISRS afectan a una amplia diversidad de condiciones psiquiátricas.^{49, 50} Nuestros hallazgos, conjuntamente con los de estudios previos, indican que los ISRS afectan a diversas dimensiones de la personalidad, incluyendo algunas que son dependientes del estado de ánimo y de la sintomatología de la ansiedad. Esto no es sorprendente, dada la amplia distribución de terminales serotoninérgicas del cerebro. Nuestros hallazgos dibujan con más detalle la compleja relación entre personalidad y síntomas depresivos y obsesivo – compulsivos. La investigación acerca de los efectos de los fármacos psicotrópicos sobre las variables de la personalidad puede ayuda a mejorar nuestra comprensión de los cimientos neurobiológicos de la personalidad humana.

La bibliografía está a disposición del lector en la dirección de correo electrónico: lydiazuloaga@telefonica.net