

La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad

Luis X. Sandoval*
Valerio Villamil**

Summary

Most of the research on the comorbidity between affective and personality disorders show a higher percentage of personality disorders in patients with mood disorders than expected in the general population, although the range reported is so extensive. Avoidant, dependence, and borderline personality disorders are the most frequent personality disorders reported in mood disorders. Some studies also have found passive-aggressive, narcissistic, histrionic, and paranoid personality disorders are frequent comorbidity personality disorders in patients with mood disorders. Personality disorder is present with an increasing probability when the patient suffers a chronic mood disorder, or when two affective disorders are present in the individual. Moreover, the comorbidity between affective and personality disorders is a poor response predictor of the depressive symptoms when the patient receives pharmacological treatment. The probability of depressive recurrences is higher in patients with affective and personality disorders than in patients with affective disorders but without personality disorders. Dimensional temperament and character view of Cloninger theory became a good manner for evaluating the comorbidity phenomenon. Harm avoidance increase is a good predictor of suffering an affective disorder. In the same direction of categorical view, there are some temperament characteristics that predict a poor longitudinal evolution in mood disorders in patients with pharmacological treatment. The most important are reward dependence decrease and novelty seeking increase. Moreover, novelty seeking increase is a good predictor in depressive patients treated with serotonin reuptake inhibitors. Hypothetical hereditary biochemical common basis of temperament and character and depressive disorders is supported by this finding. Polemic and understanding discoveries about personality and affective disorders comorbidity are discussed in the present work. Difficulty in researching this comorbidity phenomenon is considerable when we consider the limitations of affective and personality inventories. Also the different views of personality disorders may explain the variability in results obtained in scientific literature. Another factor discussed is the information reference and the importance of the moment when the inventory is applied. Also, we consider the possibility that personality and affective disorders are simultaneously present because both belong to common origin. It is important to think over that the increasing comorbidity is influenced by a subgroup of patients with simultaneously presentation, with presentation,

increasing consequences if we consider all depressed patients. If we want to recognize different groups of affective disorders, with or without personality disorders, environmental stress must be considered for understanding the beginning and longitudinal evolution of affective disorders. At the moment, we do not have epidemiological information about comorbidity between personality and affective disorders if we consider personality disorders the principal sample. Further research as about comorbidity between affective and personality disorders consider some of these important variables for increasing comprehension of the psychiatric syndromes presentation.

Keys words: Personality disorders, depression, temperament, character, comorbidity.

Resumen

Aunque el rango de comorbilidad reportada entre los trastornos del afecto y los trastornos de personalidad es muy amplio, la mayor parte de los estudios indican un porcentaje de trastornos de personalidad en los pacientes con trastornos del ánimo muy superior al esperado por azar. Los trastornos de personalidad que más frecuentemente se han reportado como comórbidos son el límite, el de evitación y el de dependencia, algunos estudios también han encontrado que los trastornos pasivo-agresivo, narcisista, histérico y paranoide pueden presentar una alta comorbilidad. La presencia de un trastorno afectivo crónico o el padecer dos trastornos afectivos simultáneos incrementan la posibilidad de presentar un trastorno de personalidad acompañante. Así mismo, la presencia de esta llamada comorbilidad afectiva y de personalidad se asocia a una respuesta más pobre de la sintomatología depresiva mediante el tratamiento farmacológico, además de que las recurrencias depresivas a largo plazo pueden ser más frecuentes en los pacientes con trastornos de personalidad. El enfoque dimensional del temperamento y carácter de Cloninger también ha sido útil en la evaluación de este fenómeno. Se ha observado que los pacientes con incremento en la evitación al daño aumentan la posibilidad de presentar un trastorno afectivo. Igualmente, como en el enfoque categórico, existen algunas características que ensombrecen la evolución de la depresión en el tratamiento farmacológico, tales como bajos niveles en la dependencia a la recompensa y altos en la evitación al daño. Además se ha visto que los puntajes altos en la búsqueda de la novedad pueden predecir una mejor respuesta cuando se da tratamiento con medicamentos inhibidores de la recaptura de la serotonina, lo que pudiera apoyar que los rasgos heredables de temperamento y carácter tienen alguna base bioquímica común con los estados depresivos. En el presente artículo se discuten diversos aspectos que pueden explicar los hallazgos polémicos en la comorbilidad. Se considera la dificultad que plantea el estudio de este fenómeno por las limitaciones de los instrumentos

* Médico adscrito. División de Servicios Clínicos. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo-Huipulco, 14370. México, D.F.

** Maestría en Salud Mental Pública. Depto. Servicios Sociales. División de Servicios Clínicos. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

con los que se miden trastornos del ánimo y la personalidad. Además, el enfoque imperante en la medición de estas variables pero sobre todo de la personalidad también pueden explicar en parte la variabilidad de los resultados obtenidos hasta el momento. Inclusive, la fuente de información y el momento de la valoración puede alterar los resultados obtenidos. Se discute la posibilidad de que el fenómeno de la comorbilidad se deba a que tanto los trastornos de personalidad como los trastornos en el ánimo tengan un origen común en el individuo, y por lo tanto, facilite su presentación simultánea. También se discute la posibilidad de que este incremento en la comorbilidad se deba a que existe un subgrupo de pacientes que presenten ambos trastornos y que indirectamente eleve los porcentajes de comorbilidad que se encuentran reportados en la literatura científica. Otros factores como los estresores ambientales también deben tomarse en cuenta para considerar si la evolución longitudinal no se encuentra artificialmente entorpecida en ciertos pacientes. Hasta el momento no se cuenta con estudios epidemiológicos que evalúen el grado de comorbilidad tomando como muestra inicial a los pacientes con trastornos de personalidad. Futuras investigaciones deberán tomar en cuenta estos aspectos para poder explicar la comorbilidad y contribuir al entendimiento de la manera en que se presentan los trastornos en psiquiatría.

Palabras claves: Trastornos de personalidad, depresión, temperamento, carácter, comorbilidad.

La comprensión de los trastornos mentales ha sido motivo de múltiples especulaciones y enfoques a lo largo de la historia del hombre. Sin embargo, durante este siglo y gracias al incremento de los constructos teóricos y la aplicación del método científico a la especialidad, ésta ha presentado un considerable desarrollo.

Indudablemente, la aparición de grupos diagnósticos bien validados y con un alto grado de confiabilidad han permitido tener grupos homogéneos para la investigación de las variables clínicas, fisiopatológicas, psicológicas y de tratamiento, con lo que se ha producido un importante avance en la comprensión y el manejo de los trastornos psiquiátricos.

A pesar de los avances diagnósticos y clasificatorios de enfermedades bien definidas y discretas, la continua observación de que los pacientes comparten diversos trastornos mentales ha cuestionado la llamada comorbilidad como una separación real de lo que se observa en la práctica clínica, llevando a pensar que lo que se percibe más bien pareciera tratarse de una co-ocurrencia de diversos trastornos, principalmente en lo que se refiere a la relación de los trastornos llamados del eje I (trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica) y los del eje II (trastornos de personalidad y retraso mental) de acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (1). Incluso, el CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades) optó por clasificar los trastornos de personalidad en el mismo eje que los trastornos del estado mental (26). Por lo anterior, algunos autores suponen que los primeros son presentaciones subclínicas de los segundos, mientras que otros consideran a la personalidad y sus trastornos como factores de vulnerabilidad y etiológicos de algunos trastornos mentales (37).

Hay una gran variabilidad en la comorbilidad de los trastornos afectivos y los trastornos de personalidad, que va desde 23 a 90% de trastornos de personalidad en los pacientes con depresión mayor, que se explica

por la diversidad de las muestras, metodologías e instrumentos; sin embargo, cuando se utiliza el mismo instrumento, el porcentaje es similar en diferentes estudios (44). En 1991, Tyrer reportó la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general entre 6 y 11% (39), en tanto que para Dolan (1995), la media de los trastornos de la personalidad en cada paciente es de entre 1.5 a 5.6 (9).

En 1989, Zimmerman encontró una prevalencia de trastornos de la personalidad en 47% de los pacientes con historia familiar de depresión mayor (44).

En una revisión retrospectiva de expedientes, Koenigsberg exploró 2,462 documentos médicos y encontró una menor asociación de los trastornos del afecto, en comparación con los trastornos de ansiedad, somatoformes o por abuso de sustancias. En los pacientes con trastorno distímico encontró que 34% de los sujetos tenía algún diagnóstico comórbido del eje II, mientras que en los que tenían depresión mayor fue de 23%, y de los que tenían trastorno bipolar sólo 9% estaba afectado (19).

En 1992, Oldham hizo una revisión que incluyó a 4141 pacientes con algún trastorno afectivo, y encontró que 14% de la muestra tenía algún trastorno de personalidad. Al valorar a los grupos por su diagnóstico, indicó que se presentaron problemas caracterológicos en 20% de los pacientes distímicos, en 18% en los que tenían trastornos afectivos menores, en 6% de los que tenían depresión mayor y sólo en 3% en los sujetos con trastorno bipolar (25).

Kroll afirmó que, sin duda alguna, el trastorno de personalidad más común relacionado con los trastornos afectivos es el límite (20). Gunderson y Elliot encontraron entre 40 y 60% de empalme entre ambos diagnósticos (12), por lo que propusieron que ambos trastornos tenían un origen común. Al tipificar las características depresivas, Soloff encontró que 41% presentaba depresión atípica, 64.1% la llamada disforia histeroide, y sólo 4.1% reunía los criterios de depresión según el instrumento de los Criterios Diagnósticos de Investigación, conocido como RDC (34). Es importante considerar que varios de los incisos incluidos en la personalidad límite toman en cuenta síntomas depresivos tales como la irritabilidad, ideas de muerte o suicidas, sensación de vacío interno que puede interpretarse como tristeza o poco ánimo, fluctuaciones del estado de ánimo e intentos suicidas. Con resultados distintos, Oldham encontró que los trastornos de personalidad más frecuentes en los trastornos afectivos eran el trastorno de personalidad por evitación y el dependiente (24), mientras que el trastorno límite había sido más frecuente en los trastornos de ansiedad. De hecho, algunos investigadores han sugerido que los individuos con una historia de depresión se caracterizan por tener altos índices en rasgos de personalidad maladaptativos, como neuroticismo, introversión y dependencia interpersonal (5).

En los informes sobre alta comorbilidad, y considerando a los pacientes con trastorno de personalidad como la muestra principal, destaca un estudio de Loranger (21), quien encontró un alto porcentaje de trastornos del estado de ánimo en estos pacientes. En el trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva encon-

tró 75%, en el evitativo 68%, en el dependiente 65%, en el límitetrofe 58%, y en el paranoide 55%. Los pacientes que tenían por lo menos un trastorno de personalidad presentaron un promedio de 3.4 de estos trastornos en cada sujeto. El planteamiento final de los autores es que el trastorno del eje II no es el principal problema, sino parte del trastorno del eje I.

Según la revisión de Corruble, los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados con la depresión fueron el límitetrofe y el histriónico del cluster B; el dependiente y el evitativo del cluster C; y el esquizotípico del cluster A. Dichos resultados mostraron una gran variabilidad debido a la heterogeneidad de los estudios (8).

En cuanto a la variabilidad en presencia de trastornos de personalidad, Pepper observó que de acuerdo con el diagnóstico efectivo específico, la comorbilidad del eje II es mucho más alta en los sujetos distímicos que en los pacientes con un episodio depresivo mayor (27). Dicho informe fue enriquecido por Sansone, quien encontró que la distimia de inicio temprano se asocia más frecuentemente con los trastornos de personalidad de tipo depresivo, dependiente y evitativo (31). En 1992, Sanderson indicó que 52% de los pacientes distímicos presentaba algún trastorno de personalidad, especialmente del cluster C (en 32%) y del cluster B (en 16%) (30). En el mismo año, Markowitz, comparó a sujetos distímicos y no distímicos, e indicó que los primeros tenían más probabilidades de presentar algún trastorno de personalidad, especialmente de tipo evitativo, dependiente y límitetrofe (22).

En 1996, Fava comparó a los sujetos con depresión mayor de inicio temprano con los que tenían depresión mayor de inicio tardío, y encontró una alta prevalencia de trastornos de personalidad en los de inicio temprano; los más frecuentes fueron el evitativo, el dependiente, el pasivo-agresivo, el dependiente, el histriónico, el narcisista, el límitetrofe y el antisocial (11).

Klein observó que los pacientes con depresión doble mostraban más trastornos de personalidad en comparación con los que solamente tenían un episodio depresivo mayor (18). En 1992, Sanderson, encontró que 69% de los pacientes con depresión doble padecían algún trastorno de personalidad (30).

Por otro lado, se ha observado que la presencia de un trastorno del carácter en los cuadros afectivos determina la evolución de éste y su respuesta al tratamiento, lo cual hace evidente la importancia de esta correlación en algunos pacientes. En 1996, Corruble hizo una revisión de la comorbilidad de los trastornos de personalidad y de la depresión mayor unipolar indicando que los pacientes con trastorno de personalidad presentaban sintomatología depresiva más severa, mayores tasas de suicidio e ideación suicida y episodios depresivos más prolongados (8). Kerr estudió longitudinalmente a un grupo de sujetos con depresión endógena y a otro con depresión reactiva, y observó que los pacientes que no respondieron bien al tratamiento mostraron altos índices de neuroticismo según el Inventario de Personalidad de Mudsley (17).

Tyrer estudió a un grupo de pacientes deprimidos que habían sido tratados con fenzelina, y observó que los que presentaron algún trastorno de personalidad tuvieron

peor pronóstico (40). Por su parte Shea (1990) indicó que los pacientes con diagnóstico dual, trastorno del ánimo más trastorno de personalidad, respondían menos a los antidepresivos que los pacientes sin trastorno de personalidad (33).

Zimmerman encontró que los trastornos de personalidad predicen una mala respuesta al tratamiento de la depresión mayor con terapia electroconvulsiva (42).

Sato trató de identificar cuál de los llamados "cluster de trastornos de la personalidad" respondía mal al tratamiento, y encontró que el cluster A se correlacionaba significativamente con una mala evolución a los 4 meses de tratamiento (32).

Faravelli, al observar la evolución longitudinal de los pacientes con un episodio depresivo mayor, indicó que los que presentaron un trastorno de personalidad tuvieron mayor número de recurrencias (10).

En 1993, Reich revisó la literatura sobre la evolución longitudinal de distintos trastornos consignados en el eje I, en relación con los trastornos de personalidad (eje II), y observó que la mayoría de los estudios sobre los trastornos afectivos mostraba una peor evolución del padecimiento cuando éste coexistía con algún trastorno del eje II, tanto de manera natural como en respuesta al tratamiento antidepresivo (28).

Por todo lo anterior, Winokur postuló el establecimiento de un diagnóstico llamado "depresión neurótica reactiva", para incluir a los pacientes con depresión unipolar que, además, tuvieran un estilo de vida tormentoso, problemas de inmadurez personal, labilidad emocional, propensión a la somatización, mala respuesta a los tratamientos anteriores y una historia de alcoholismo en la familia (41). Así mismo, Tyrer encontró que hay un grupo de pacientes con trastornos depresivos y ansiosos que, además, tienen rasgos de personalidad obsesiva y dependiente, y una mala evolución longitudinal, a los que diagnosticó con "síndrome neurótico general" (38).

También es importante considerar que el diagnóstico de depresión puede variar de acuerdo con la fuente de información. En 1988, Zimmerman utilizó una entrevista semiestructurada para diagnosticar el trastorno de personalidad, y lo aplicó por separado a los pacientes con depresión mayor y a sus familiares. Encontró que de acuerdo con las respuestas de los pacientes, el porcentaje de trastornos de personalidad había sido de 36.4% mientras que de acuerdo con sus familiares la cifra aumentó a 57.6%. Estos hallazgos pueden indicarnos, independientemente de los aspectos metodológicos, la necesidad de contar con fuentes complementarias para evaluar la personalidad (43).

En los últimos años, los estudios sobre la personalidad se han hecho de acuerdo con la conceptualización de Cloninger, quien propuso una teoría biosocial de la personalidad, en la que inicialmente observó tres dimensiones de temperamento basándose en las características estímulo-respuesta de los individuos respecto a la búsqueda de la novedad, la evitación del castigo y la dependencia de la recompensa, según los aspectos genéticos y neuroanatómicos que pudieran originarlas, así como en relación con las respuestas adaptativas y con la variación ambiental. Posteriormente agregó una cuarta dimensión con base en la persistencia. La

interacción funcional de estas 4 dimensiones lleva a patrones integrados de respuestas distintos de la novedad, el castigo, la recompensa y la persistencia como parte del temperamento del individuo, que se manifiesta desde los primeros años de vida y que provocan formas preconstruidas en la memoria perceptual y en la formación de hábitos. Así mismo, propuso los mecanismos anatomobioquímicos que pudiera dar cada perfil de conducta, basándose, principalmente, en los sistemas noradrenérgico, serotonérgico y dopaminérgico. Además, incluye tres dimensiones del carácter que se desarrollan durante la vida, y que finalmente repercuten en su funcionamiento personal y social. Las características que incluye son: la identificación como un individuo autónomo (autodirección), como parte de una sociedad (cooperatividad), y como parte integral del universo (autotranscendencia) (6).

Las variantes de las posibles combinaciones de estas características estímulo-respuesta son similares a las descripciones tradicionales de los trastornos de personalidad, lo cual pudiera reconciliar la aproximación categórica y dimensional de estos trastornos.

En 1996 se logró correlacionar el gen para el receptor D4 a la dopamina con la conducta de búsqueda de la novedad mediante el enlace génico (3). Inclusive, al valorar la respuesta farmacológica de los pacientes deprimidos al tratamiento con antidepresivos, de acuerdo con el mecanismo de acción, ya sea a nivel serotoninérgico o noradrenérgico, se observó que la respuesta clínica varía en las diferentes dimensiones propuestas por Cloninger (6).

Los trastornos de angustia, de la alimentación y del ánimo, y el abuso de sustancias, se presentan de forma comórbida en uno y otro trastorno de personalidad, y con incremento o decremento de las 4 dimensiones del carácter.

En el caso de los trastornos del ánimo, se ha observado un incremento en los puntajes obtenidos en la evitación del daño (4,15,16), aunque éste no se pudo corroborar en los pacientes con trastorno bipolar (35).

Cloninger describió un modelo de rasgos heredables del temperamento que aumentan la labilidad a padecer síntomas clínicos psiquiátricos y trastornos de personalidad (7).

De las 4 dimensiones del carácter, heredadas de forma independiente (6), pueden surgir combinaciones específicas que distinguen diversos trastornos del eje I y del eje II (7).

En 1996, Battaglia publicó un interesante estudio en el que intentó explorar, mediante un análisis de regresión lineal, la predicción de la comorbilidad de los trastornos del eje I con los del eje II. Con este objeto consideró los puntajes obtenidos en las diferentes dimensiones del temperamento de Cloninger y buscó la correlación con cualquier trastorno psiquiátrico. Los niveles bajos de dependencia a la recompensa se asociaron con un diagnóstico positivo dentro del cluster A, un puntaje alto en la búsqueda de la novedad en el cluster B y un incremento de evitación al daño con el cluster C. Un patrón con altos niveles de búsqueda de la novedad y baja evitación al daño, predijo el inicio temprano del abuso de alcohol. Los altos niveles tanto en la búsqueda de la novedad como en la evitación del daño

identificó a los pacientes con trastornos de la alimentación. Respecto a los trastornos del afecto, los altos niveles de evitación del daño se asociaron con síntomas depresivos y ansiosos (2).

Aunque el autor sugiere que los hallazgos apoyan la hipótesis de que hay una vulnerabilidad común para los trastornos de personalidad y los síntomas psiquiátricos, en sentido estricto solamente estamos considerando la asociación de la depresión con los altos niveles de evitación al daño.

Tomando en cuenta este paradigma del temperamento y el carácter, también se han llevado a cabo algunos estudios que evalúan el papel que pueden desempeñar las dimensiones consideradas en el Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger, en la respuesta al tratamiento farmacológico de la depresión.

En un estudio doble ciego, Tome y Cloninger (1997) compararon la respuesta del pindolol asociado con la paroxetina en un grupo de pacientes con episodio depresivo mayor, comparado con otro grupo con el mismo trastorno que recibió placebo. A todos se les aplicó el inventario de temperamento y carácter de Cloninger. Al considerar a todos los sujetos, se observó que los puntajes altos en la dependencia a la recompensa, y los bajos en la evitación del daño, tuvieron una mejor respuesta que cualquier tratamiento. Por otro lado, los pacientes que recibieron paroxetina y pindolol, y que recibieron puntajes altos en la búsqueda de la novedad, y bajos en la evitación del daño, tuvieron mejor respuesta al tratamiento. Lo anterior sugiere que el temperamento puede influir en la respuesta antidepresiva probablemente debido a que los fármacos que se usan actúan en el sistema serotoninérgico (36).

En 1995 Nelson encontró los mismos predictores de respuesta (evitación del daño y dependencia a la recompensa) al administrarle nefazodona a 18 pacientes deprimidos cuyos datos se obtuvieron mediante un análisis de regresión; sin embargo, al utilizar la Prueba Exacta de Fisher, solamente resultó significativo como predictor de respuesta un puntaje alto en la dependencia de la recompensa (23).

Aquí también es interesante señalar la llegada del criterio del trastorno de personalidad depresiva al DSM-IV, en el Apéndice de Criterios y Ejes propuestos para investigaciones posteriores (1). Hirschfeld publicó en su estudio (14) que este criterio diagnóstico cumple con las condiciones para considerarlo como tal, apoyado en el cumplimiento de los criterios diagnósticos para un trastorno de personalidad. Se deben excluir otros trastornos y ser diferente a otros trastornos afectivos, lo que enriquece, pero al mismo tiempo complica y ramifica las posibilidades diagnósticas en esta comorbilidad afectiva y de personalidad.

Discusión

Si tomamos en cuenta la recopilación de los estudios, es indudable que hay una alta comorbilidad entre los trastornos del afecto y los trastornos de personalidad. Lo anterior, no es un hallazgo exclusivo de la psiquiatría, sino que es una muestra más de la frecuente convivencia de diversos trastornos en nuestra espe-

cialidad, tanto dentro del eje I y del eje II del DSM-IV, como entre ellos.

Sin embargo, en la mayor parte de las investigaciones con las que contamos en la actualidad, el enfoque se ha limitado únicamente a la cuantificación de ambos trastornos de manera simultánea, por lo que aún nos encontramos lejos de poder comprender los mecanismos que los ligan.

Al considerar las diferencias en la respuesta al tratamiento farmacológico encontramos que la personalidad, como trastorno, puede influir en el comportamiento longitudinal de los trastornos afectivos.

Por un lado debemos tomar en cuenta que cualquier persona, con o sin trastorno de personalidad, puede padecer un cuadro depresivo. Sin embargo, la mayor prevalencia de los trastornos de personalidad en los pacientes con trastornos del afecto, nos sugiere algunas características de los sujetos que pueden propiciar la llamada comorbilidad.

De acuerdo con nuestro punto de vista, lo anterior puede explicarse por medio de diferentes razones:

1. Puede haber una vulnerabilidad constitutiva o adquirida que predisponga a que un individuo presente ambas condiciones. Bajo este enfoque se llevó a cabo el estudio de Battaglia, ya mencionado, que correlacionó los rasgos del temperamento, propuestos por Cloninger, con los rasgos de la personalidad de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, y con diferentes trastornos psiquiátricos. Aunque encontró una alta correlación con los trastornos de personalidad, y un factor, la evitación del daño, se relacionó con la angustia y la depresión, los resultados tienen la limitante de que la muestra fue muy pequeña para el análisis de regresión, además de que el hecho de que las dimensiones del temperamento sean hereditarias aún es controvertido. Por lo tanto, la importancia de la correlación con los trastornos de personalidad puede deberse a que ambos enfoques, el de Cloninger y el del DSM-IV, identifican los mismos factores.

Aquí también es importante mencionar que los trastornos de personalidad, o por lo menos algunos de ellos, pudieran ser una manifestación subclínica de algún trastorno psiquiátrico, tal como se ha evidenciado entre el trastorno esquizotípico de personalidad y la esquizofrenia. En este caso, los trastornos comórbidos más frecuentes, como el de evitación, la dependencia o el límite, pueden ser una variante del trastorno afectivo. Varios autores apoyan esta teoría, y sobre todo el límite, aunque también está la limitación de que este trastorno no se caracteriza por una alta confiabilidad, pues con base en los criterios diagnósticos puede haber múltiples combinaciones que mostrarían diferentes perfiles de este trastorno de personalidad, lo que limitaría el peso de la hipótesis subclínica. Por otro lado, será importante considerar en el futuro la presentación comórbida de cada trastorno de personalidad, considerando inicialmente a esta población de forma abierta y valorar la proporción de sujetos que, finalmente, padecen algún trastorno afectivo a lo largo de la vida.

2. Puede haber un subgrupo de pacientes con trastornos de la personalidad que tengan una alta incidencia de cuadros depresivos, y en los que, secundariamente, aumente la posibilidad de encontrar ambos cuadros al mismo tiempo. Lo anterior se apoya en el estudio de Winokur ya referido. Además, el hallazgo repetido de las diferencias que hay en la respuesta al tratamiento farmacológico de la depresión, con una evolución más tórpida en los sujetos con trastorno de la personalidad, pone de manifiesto que este factor puede influir en el comportamiento longitudinal del trastorno afectivo en ciertos sujetos. Las futuras investigaciones deberán poner el énfasis en la posibilidad de encontrar poblaciones que se distingan de las demás por su presentación clínica, sus antecedentes y su evolución, lo que permitirá conocer con más detalle la población comórbida, y diferenciarla de la no comórbida.
3. La mayoría de los estudios no han considerado la influencia de los factores ambientales en el inicio y en la permanencia de los cuadros afectivos, lo cual pudiera colocar a los sujetos con ciertas características, que inicialmente tuvieran un pronóstico más favorable, en el grupo de pacientes con una respuesta más tórpida.
4. Es importante considerar que un paciente deprimido puede cambiar la percepción de su entorno de manera temporal, lo que le impide contestar objetivamente un cuestionario sobre su conducta, por lo que la valoración debe tomar en cuenta la personalidad del paciente a lo largo de su vida y considerar esta percepción una vez que el paciente esté asintomático del cuadro depresivo. Además, si tomamos en cuenta las entidades diagnósticas aceptadas actualmente dentro de los trastornos afectivos del DSM-IV, los pacientes que experimentan menos síntomas depresivos de los necesarios para el diagnóstico de depresión mayor, o con una duración menor de 2 años para el diagnóstico de trastorno distímico, o que no se encuentran directamente relacionados con un estresor psicosocial que se requiere para diagnosticarlo como una reacción de ajuste, sólo pueden ser diagnosticados con un trastorno depresivo no especificado (1).
5. Hay otras entidades diagnósticas que han mostrado ser válidas, como la depresión menor y el trastorno depresivo breve recidivante, por lo que se incluye en el apéndice B del DSM-IV, en los criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (1). Por lo anterior, es evidente que si bien hay trastornos del ánimo que cuentan con adecuados niveles de validez y confiabilidad, como la depresión mayor y el trastorno distímico, frecuentemente en la población general y clínica hay individuos con trastornos depresivos que no cumplen con los criterios diagnósticos anteriores. Además, el espectro depresivo, tanto en su variedad como en su intensidad, pueden ser distintos en dos pacientes que tengan el mismo trastorno depresivo.
6. El padecer un trastorno de personalidad puede alterar la forma en que se perciben los síntomas y puede modificar la manera de contestar un cuestionario de síntomas afectivos. Kroll afirma que hay varias

razones que explican la mayor probabilidad de que encontremos cuadros depresivos en los trastornos de personalidad; menciona que éstos tienen una mayor predisposición a desarrollarse y a manifestar la sintomatología en las escalas de medición de manera más dramática si tomamos en cuenta los aspectos de la vida cotidiana y sus relaciones interpersonales (20).

Inclusive, las formas actuales de aproximarse a la descripción y al diagnóstico de los trastornos de personalidad tienen algunas limitaciones conceptuales y prácticas.

Primero, los individuos frecuentemente tienen las características principales de más de un trastorno de personalidad, tomando en cuenta que las categorías discretas son específicas. Segundo, la distinción clínica entre los rasgos maladaptativos de personalidad y los trastornos de personalidad es arbitraria debido a la pendiente natural de variación en los estilos cognoscitivo y social, así como la pendiente natural de la severidad del impedimento adaptativo. Tercero, el impedimento adaptativo depende tanto de las variables situacionales como de las temperamentales, por lo que el mismo temperamento puede llevar a la adaptación exitosa en un

determinado ámbito social y laboral, y a la incapacidad y la aflicción en un ámbito distinto. Cuarto, las conductas que se escojen generalmente como variables para el criterio en alguna cultura en particular, son obviamente indeseables socialmente en otras, lo que lleva a un reporte de falsos negativos cuando se cuestiona dicha conducta. Quinto, las diferentes categorías de trastornos de la personalidad son prototipos o ejemplos de grupos clínicos que se han distinguido de manera tradicional, más que entidades fisiopatológicas con límites diagnósticos naturales (6).

7. Lo anterior nos lleva al frecuente debate sobre si las variaciones en la personalidad se deben de tomar de manera categórica o de forma dimensional (13). En un futuro, la reunión de los estudios que puedan aclarar estas interrogantes nos permitirán tener una visión más amplia, detallada y discriminada de la alta comorbilidad y la variabilidad reportada hasta la fecha. Además, el conocer la conexión que hay entre los trastornos psiquiátricos y la conducta de los pacientes contribuirá a comprender los mecanismos bioquímicos, psicológicos y sociales que los entrelaza, así como la conducta terapéutica que debe seguirse.

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson S.A, Barcelona, 1995.
2. BATTAGLIA M, PRZYBECK TR, BELLODI L, CLONINGER CR: Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comp Psych*, 37:292-298, 1996.
3. BENJAMIN JL, PATTERSON CH, GRENBORG B, MURPHY D, HAMER D: Population and familial association between the D4 dopamine receptor gen and measures of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12:81-84, 1996.
4. BROWN SL, SURAKIC DM, PRZYBECK TR, CLONINGER CR: The relationship of personality to mood and anxiety states: A dimensional approach. *J Psychiatr Res*, 26:197-211, 1992.
5. CLARK LA, WATSON D, NIMEKA S: Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol*, 103:103-116, 1994.
6. CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50:975-990, 1993.
7. CLONINGER CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44:573-588, 1987.
8. CORRUBLE E, GINESTET D, GUELFY JD: Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *J Affect Disord*, 37:157-170, 1996.
9. DOLAN B, EVANS C, NORTON K: Multiple axis II diagnoses of personality disorder. *Br J Psychiatry*, 166:107-112, 1995.
10. FARAVELLI C, AMBONETI A, PALLANTI S: Depressive relapses and incomplete recovery from index episodes. *Am J Psychiatry*, 143:888-891, 1986.
11. FAVA M, ALPERT JE, BORUS JS y cols.: Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry*, 153:1308-1312, 1996.
12. GUNDERSON JG, ELLIOT GR: The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 142:277-288, 1985.
13. GUNDERSON JM: Diagnostic controversies. *Section // Severe Personality Disorders. Review of psychiatry*. American Psychiatric Press, volumen 11, Washington, 1992.
14. HIRSCHFELD RMA, HOLZER CE: Depressive personality disorder: clinical implications. *J Clin Psychiatry*, 55(4):10-17, 1994.
15. JOFFE RT, BAGBY RM, LEVITT AJ, REGA JJ, PARKER JD: The tridimensional personality questionnaire in major depression. *Am J Psychiatry*, 150:959-960, 1993.
16. JOYCE PR, MULDER RT, CLONINGER CR: Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *J Affect Disor*, 30:35-46, 1994.
17. KERR TA, SCHAPIRO K, GARSIDE RF: The relationship between the Maudsley Personality Inventory and the course of affective disorders. *Br J Psychiatry*, 116:11-19, 1970.
18. KLEIN D, TAYLOR E, HIRDEN K, DICKSTEIN S: Double depression and episodic major depression: demographic, clinical familial, personality and socioenvironmental characteristics and short term outcome. *Am J Psychiatry*, 145:1225-1231, 1988.
19. KOENIGSBERG HW, KAPLAN RD, GILMORE MM: The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry*, 142:207-217, 1985.
20. KROLL J, OGATA S: The relationship of borderline personality disorder to the affective disorders. *Psychiatric Developments*, 2:105-128, 1987.
21. LORANGER AW, LENZENWEGER MF, GARTNER AF y cols.: Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 48:720-728, 1991.
22. MARKOWITZ JC, MORAN ME, KOCSIS JH, FRANCES AJ: Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Disord*, 24:63-71, 1992.
23. NELSON EC, CLONINGER CR: The tridimensional personality questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord*, 35(1-2):51-57, 1995.

24. OLDHAM JM, SDODOL AE, KELLMAN HD, HYLER SE, DOIDGE N, ROSNICK L, GALLAHER PE: Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 152:571-578, 1995.
25. OLDHAM JM, SKODOL AE: Personality disorders and mood disorders. *Section IV/ Concurrent Diagnosis. Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press, volumen 11, Washington, 1992.
26. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. En: *Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10*. Editorial Meditor, 1992.
27. PEPPER CM, KLEIN DN, ANDERSON RL, RISO LP, OUMELTLE PC, LIZARDI H: DSM-III-R axis II. Comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry*, 152:239-247, 1995.
28. REICH JH, VASILE RG: Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: An update. *J Nerv Ment Dis*, 181:475-493, 1993.
29. REICH JH: DSM-III personality disorders and the outcome on treated panic disorders. *Am J Psychiatry*, 145:1149-1152, 1988.
30. SANDERSON WC, WETZLER S, BECK AT, BETZ F: Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatr Res*, 42:93-99, 1992.
31. SANSONE RA, WIEDERMAN MW, SANSONE LA, TOUCHET B: Early-onset dysthymia and personality disturbance among patients in a primary care setting. *J Nerv Ment Dis*, 186:57-58, 1998.
32. SATO T, SAKODO K, SATO S, MORIKAWA T: Cluster a personality disorder: a marker of worse treatment outcome of major depression?. *Psychiatr Res*, 53:153-159, 1994.
33. SHEA MT, PILKONIS PA, BECKMAN E y cols.: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry*, 147:711-718, 1990.
34. SOLOFF PH, NATHAN RS, SCHULZ PLM: Characterizing depression in borderline patients. *J Clin Psychiatry*, 48:155-157, 1987.
35. STRAKOWSKI SM, STOLL AL, TOHEN C, FAEDDA GL, GOODWIN DC: The tridimensional personality questionnaire as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatr Res*, 41:215-226, 1992.
36. TOME MB, CLONINGER CR, WATSON JP, ISAAC MT: Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: Personality variables and response to paroxetine and pindolol. *J Affect Disord*, 44 (2-3):101-109, 1997.
37. TRACIE SM: The role of personality in recurrent and chronic depression. *Curr Opin Psychiatry*, 9:117-120, 1996.
38. TYRER P, SEIVEWRIGHT N, REGUSON B, TYRER J: The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 85:201-206, 1992.
39. TYRER P, CASEY P, FERGUSON B: Personality disorder in perspective. *Br J Psychiatry*, 159:463-471, 1991.
40. TYRER P, CASEY G: Relationship between neurosis and personality disorder. *Br J Psychiatry*, 142:404-408, 1983.
41. WINOKUR G: The validity of neurotic reactive depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:1116-1122, 1985.
42. ZIMMERMAN M, CORYELL W, PFHOL B: ECT response in depressed patients with major depression. *J Affect Disord*, 7:309-318, 1984.
43. ZIMMERMAN M, PFOHL B, CORYELL W: Diagnosing personality disorder in depressed patients: a comparison of patients and informant interviews. *Arch Gen Psychiatry*, 45:733-737, 1988.
44. ZIMMERMAN M, CRYELL W: DSM-III personality disorder diagnosis in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 46:682-689, 1989.