

Trastornos de personalidad y depresión

V. Gasull Molinera

Médico de Familia. Centro de Salud de Aldaia. Valencia.
Miembro del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN.

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad (TP) se consideran “los trastornos de los años noventa”. La ansiedad lo fue de los ochenta, las depresiones acapararon la atención en los setenta y, con anterioridad, la esquizofrenia ocupaba la primacía de los estudios. Desde 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría propuso por medio de sus manuales una clasificación multiaxial en la que llamaba explícitamente la atención sobre los TP, dedicándoles el eje II (tabla 1).

El interés por los TP está plenamente justificado si se considera la importancia social de las alteraciones de la personalidad, dado el alto porcentaje de individuos con rasgos anómalos relacionados con el alcoholismo, la drogadicción, los accidentes (de tráfico, laborales y deportivos), las urgencias médicas, los divorcios y la delincuencia.

Una cuestión todavía hoy pendiente respecto a los individuos que presentan TP es si se les debe considerar como enfermos o no. Considerar como enfermos a estos sujetos lleva consigo la asignación de una función social más tolerante, que generalmente los exime de ciertas obligaciones familiares, laborales y sociales; asimismo, no les serían imputables todos sus actos, con las implicaciones jurídicas consiguientes. Por otro lado, si no son enfermos, los servicios de salud mental no deberían abordar los problemas que plantean.

La comorbilidad entre los TP y los trastornos mentales interesa porque es más una regla que una excepción. La tasa de prevalencia media no ponderada de los TP en los trastornos afectivos es del 57%¹.

El interés de la comorbilidad de la depresión con los TP en la consulta del médico de familia y en la del especialista en psiquiatría radica en las implicaciones clínicas, de gestión y servicios que tiene y que se pueden resumir en:

Tabla 1. Los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR

Eje I	Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de la personalidad. Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

1) Implicaciones en la sintomatología, el curso y el pronóstico de la enfermedad.

– Los TP precipitan y modifican con frecuencia la manifestación de los síntomas del trastorno depresivo.

– Las manifestaciones clínicas son más complejas y graves.

– El curso y la evolución son peores. Aumenta el riesgo de recaídas y hay una tendencia a la cronicidad.

– Cursan con mayores complicaciones, como el suicidio y el parasuicidio².

– La comorbilidad es un marcador de mal pronóstico en los cuadros depresivos³, ya que son más frecuentes los síntomas residuales y hay más dificultades en la recuperación.

2) La relación médico paciente suele ser más difícil y estar más perturbada. Los pacientes con esta comorbilidad son proclives a “quemar” al personal sanitario adscrito a su cuidado.

3) Obliga a diseñar tratamientos específicos o condiciona el tipo de abordaje terapéutico. Predomina una menor adherencia al tratamiento y hay una peor respuesta al mismo.

4) Con la comorbilidad se consumen más recursos sanitarios. El coste del proceso terapéutico es más alto y, en ocasiones, las demandas de atención se hacen de forma urgente o inadecuada.

CONCEPTOS

Realizar un estudio exhaustivo de los TP no es el objetivo de este capítulo, y el lector interesado podrá profundizar en el tema acudiendo a las lecturas recomendadas, pero sí que es conveniente realizar una descripción general de los

Correspondencia: V. Gasull Molinera.

Correo electrónico: vgasullm@medynet.com

TP y aclarar una serie de conceptos que serán útiles para una mejor comprensión del capítulo.

El temperamento es la manera de ser o reaccionar de una persona. Personalidad es el término utilizado habitualmente para hacer referencia a los comportamientos observables de una persona y a su experiencia subjetiva⁴. Los rasgos de la personalidad son patrones que caracterizan a una persona a la hora de pensar, percibir, reaccionar y relacionarse con los demás, en diferentes contextos⁴.

Los rasgos son patológicos cuando impiden una respuesta flexible a las situaciones de la vida, establecen círculos viciosos (es decir, perpetúan e intensifican las dificultades existentes) y restan capacidad de resistencia en circunstancias estresantes.

Las manifestaciones anómalas de los TP son los rasgos de personalidad patológicos, mientras que las manifestaciones anómalas de las entidades nosológicas son los síntomas. Entre rasgos y síntomas hay ciertas diferencias:

1) Diferencias cuantitativas:

– En las alteraciones de personalidad hay sólo diferencias de grado entre la normalidad y la patología de un rasgo. A la mayoría de las personas les gusta centrar la atención de los demás, son ordenados y limpios y dependen de otras personas. Es, precisamente, la desproporcionada intensidad, la razón de su patología. Por ejemplo, la limpieza, el orden, etc. son deseables; ahora bien, si se convierten en una preocupación desproporcionada deja de ser normal.

– Por el contrario, los síntomas suponen alteraciones cualitativas. Por ejemplo, las alucinaciones y las ideas delirantes no se presentan en la normalidad ni hay una transición difusa entre la normalidad y la patología; su sola presencia entraña patología.

2) Duración:

– La persistencia a lo largo de toda una vida de un rasgo patológico es una condición necesaria para delimitar el concepto de TP.

– Por el contrario, los síntomas aparecen la mayoría de las veces en quienes previamente no presentaban anormalidad alguna al respecto. Cuando los cambios de la normalidad a la psicopatología (por ejemplo, en una crisis depresiva) son rápidos la diferenciación resulta fácil. Si las manifestaciones patológicas son paulatinas las dificultades para diferenciar los rasgos de los síntomas aumentan. Por ejemplo, en un sujeto con rasgos de personalidad depresiva va a resultar más difícil el descubrir la sintomatología del trastorno depresivo de nueva aparición si surge insidiosamente.

3) Egosintonía:

– Los rasgos, incluso los patológicos, se aceptan. No se creen indeseables y menos aún manifestaciones de una enfermedad, son egosintónicos. Una excepción la constituye el deseo de las personas con rasgos evasivos de mantener relaciones interpersonales.

– Los síntomas suelen sentirse como ajenos, no pertenecientes al ser mismo de la persona, son egodistónicos.

– Así, un sujeto con una preocupación excesiva por el orden, la limpieza y la puntualidad puede sentir estas características como parte integrante de sí mismo, rasgos de personalidad anancástica. Ahora bien, si esta preocupación desmesurada se vive como extraña e inadmisibles, constituye un síntoma de un trastorno obsesivo.

Los TP caracterizados por la presencia de rasgos de personalidad patológicos tienen las siguientes características:

1) Precoces. Se deben de manifestar lo más tarde al principio de la edad adulta, siendo la adolescencia la edad en la que generalmente aparecen. No obstante, pueden permanecer latentes y presentarse en períodos más tardíos de la vida. Los cambios de personalidad en plena edad adulta o en la vejez sugieren factores orgánicos en su etiología.

2) Permanentes. Los rasgos anómalos han de persistir durante toda la vida, aunque con frecuencia se vuelven menos patentes en la mediana edad o en la vejez.

3) Generales. Es decir, las alteraciones afectarán a los distintos procesos psíquicos y se manifestarán en una gran variedad de contextos. Se manifiestan en distintas áreas: cognoscitiva, afectiva o actividad interpersonal.

4) Desadaptativos. Una personalidad patológica no tiene la flexibilidad necesaria para amoldarse a las circunstancias de la vida. Reitera una y otra vez reacciones inapropiadas a las diversas exigencias de la vida familiar, laboral y social. Asimismo, la respuesta inadecuada origina tensiones en su ambiente que dificultan aún más la adaptación.

5) Causan sufrimiento. En unos casos el sufrimiento forma parte del cuadro clínico, en otros, por el contrario, los sufrimientos que ocasionan a los demás constituyen las manifestaciones más llamativas.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación principales, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)⁵ y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁶, promovidos por la Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, respectivamente (tabla 2).

El DSM-IV-TR divide en tres grupos las distintas personalidades anómalas:

– El grupo A, que comprende los trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos cuya peculiaridad común es la rareza y la excentricidad de las personas con estos rasgos.

– El grupo B incluye las personalidades antisociales, límite (*borderline*), histriónicas y narcisistas. Los rasgos anómalos de estas personalidades les confieren un aspecto dramático, emocional e indeterminado.

– El grupo C incluye la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los sujetos con rasgos de este grupo se presentan temerosos y angustiados.

Las características de los diferentes TP se resumen en la tabla 3.

Tabla 2. Clasificación de los trastornos de personalidad

DSM-IV		CIE-10	
Grupo A			
Paranoide	301.00	Paranoide	F60.0
Esquizoide	301.20	Esquizoide	F60.1
Esquizotípico	301.22	Eje I	F2
Grupo B			
Antisocial	301.70	Disocial	F60.2
Narcisista	301.81	No aparece	
Histriónico	301.50	Histriónico	F60.4
Límite	301.83	Trastorno de inestabilidad emocional en la personalidad	Impulsivo F60.30 Limítrofe F60.31
Grupo C			
Obsesivo-compulsivo	301.40	Anancástico	F60.5
Dependiente	301.60	Dependiente	F60.7
Evitativo	301.82	Ansioso	F60.6
No especificado	301.9		

CIE-10: Clasificación Internacional de enfermedades; DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

EPIDEMIOLOGÍA. COMORBILIDAD DEPRESIÓN-TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los estudios epidemiológicos en los TP presentan dificultades especiales al tratarse de una patología que suele acompañarse de una escasa conciencia de enfermedad, de hecho el diagnóstico del TP se suele realizar cuando el paciente como consecuencia de acontecimientos adversos, a los que difícilmente se adapta, sufre un proceso patológico, como por ejemplo una depresión, y como consecuencia de ello acude al médico.

En la población general los datos hablan de una prevalencia que oscila entre el 2 y el 20%, según autores y estudios. En cualquier caso, el número de personas que presentan TP en la población general es muy elevado.

La prevalencia es similar en hombres y en mujeres, aunque los hombres puntúan más en el TP esquizoide y las

mujeres en el histriónico y dependiente. La presentación es más frecuente en personas jóvenes y se acumula más el diagnóstico entre los 39 y los 49 años. Es más frecuente en niveles socioeconómicos bajos, poblaciones urbanas y solteros⁷.

Debemos tener en cuenta, además, la gran comorbilidad entre unos y otros TP, y entre los TP y otros trastornos psiquiátricos, entre ellos los trastornos afectivos. Es habitual que un mismo paciente reúna criterios para recibir más de un diagnóstico de TP.

Es importante en este momento definir los conceptos de copresentación y comorbilidad. En la copresentación los síntomas de ambos procesos se presentan simultáneamente por coincidencia azarosa. En la comorbilidad, en cambio, los síntomas de ambos trastornos pueden experimentarse de forma simultánea o sucesiva, pero entre ambas

Tabla 3. Resumen de la clasificación de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV

Grupo A	Patrones persistentes de cognición, expresión y relación con otros anómalos que generan impresión de rareza o excentricidad
Trastorno paranoide de la personalidad	Patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás
Trastorno esquizoide de la personalidad	Patrón de desconexión de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento
Grupo B	Patrón persistente de emocionalidad intensa y cambiante, impulsividad y escasa empatía
Trastorno antisocial de la personalidad	Patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás
Trastorno límite de la personalidad	Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad
Trastorno histriónico de la personalidad	Patrón de emotividad excesiva y demanda de atención
Trastorno narcisista de la personalidad	Patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía
Grupo C	Patrón persistente de ansiedad, temor y necesidad de control, en especial en las relaciones sociales
Trastorno de la personalidad por evitación	Patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa
Trastorno de la personalidad por dependencia	Patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	Patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Tomada de González Torres et al⁴.

entidades sintomáticas hay relaciones patogénicas, bien etiológicas, fisiopatológicas o comportamentales.

En el proyecto *Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services*⁸, elaborado para evaluar la prevalencia de los TP en pacientes psiquiátricos ambulatorios, se encontró que cerca de la tercera parte (31,4%) de los pacientes presentaban uno de los 10 TP confirmados por el DSM-IV. Si se incluía el TP no especificado la prevalencia ascendía a un 45,5%. A la mayoría de los pacientes que cumplían los criterios de un trastorno específico se les diagnosticó más de un trastorno.

Kantojärvi⁹ encontró que el 41% de los sujetos con un trastorno del eje I presentaba criterios de, al menos, un TP. La comorbilidad oscila entre un 28% para los trastornos afectivos y un 47% para los trastornos de ansiedad.

Una conclusión que se deriva de este estudio es que los TP deberían evaluarse en todos los pacientes con trastornos psiquiátricos, dado que su presencia puede influir en el curso clínico y en el tratamiento de los trastornos del eje I que constituyen, habitualmente, el principal motivo de consulta de los pacientes.

Los TP del Grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) están relacionados por la teoría y la fenomenología con los trastornos psicóticos del eje I, como el trastorno delirante, el trastorno esquizofreniforme o la esquizofrenia. Sin embargo, pocos estudios han documentado realmente estas asociaciones¹⁰.

Los TP del Grupo B, especialmente el trastorno límite de personalidad (TLP), que están relacionados por la teoría y la fenomenología con los trastornos del estado de ánimo del eje I y con los trastornos del control de impulsos, han demostrado repetidamente que tienen tasas elevadas de concurrencia con depresión mayor y otros trastornos del humor, trastornos por consumo de sustancias y bulimia nerviosa. Además, varios estudios han mostrado tasas significativamente elevadas de trastornos de ansiedad, incluyendo los trastornos por pánico y el trastorno por estrés postraumático, en pacientes con TLP⁸.

Los TP del Grupo C, especialmente los TP por evitación y por dependencia, están relacionados por la teoría y la fenomenología con los trastornos de ansiedad. Una serie de estudios ha mostrado tasas elevadas de concurrencia del trastorno de la personalidad por evitación con depresión mayor, agorafobia, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo⁸.

Skodol¹¹ afirma que en comparación con otros TP, los TP evasivo, límite y dependiente presentan una asociación significativa con los trastornos afectivos, en especial con el trastorno depresivo. La severidad y la recurrencia del trastorno depresivo mayor (TDM) y de la distimia predicen la comorbilidad con el TLP y con el TP depresivo. Los resultados de su estudio son compatibles con la opinión de que un trastorno del humor con un inicio insidioso, la recurrencia, la cronicidad y la severidad conducen a un diagnóstico de TP en adultos jóvenes.

Así pues, los TP se asocian de forma significativa a los trastornos depresivos. Es característica su presencia en el TLP, pero también en otros como el evitativo y el dependiente.

El TLP presenta una mayor relación con los trastornos afectivos, y está caracterizado por una alta frecuencia de comorbilidad con el TDM¹⁰. Esto nos plantea la siguiente pregunta: ¿los pacientes con TLP tienen, además, un trastorno del estado de ánimo? La respuesta más factible es que son procesos independientes, pero que concurren con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por el azar¹².

Desde hace mucho tiempo, el tipo de personalidad depresiva (melancólica) se ha considerado como una constelación de rasgos vulnerables relevantes para el desarrollo de la depresión¹³.

Los pacientes con una distimia tienen un mayor deterioro funcional, realizan una mayor utilización de los servicios y sienten una menor satisfacción por la vida. Las preguntas que nos debemos plantear son: ¿son el TP depresivo y la distimia procesos autónomos o se solapan tanto que no se pueden diferenciar? ¿Qué relación existe entre la depresión crónica y la personalidad?

Varios estudios^{13,14} muestran resultados que permiten diferenciar la personalidad depresiva de la distimia, aún observando que existe un solapamiento entre ellas. La distimia presenta una comorbilidad mayor con los TP del Grupo B y A del DSM-IV y la personalidad depresiva con los del Grupo C.

El trastorno depresivo de la personalidad y el TDM comparten una proporción sustancial de los factores de riesgo genéticos y ambientales. A pesar de ello, los resultados de un estudio de Orstavik et al¹⁵ apoyan la hipótesis de que son dos entidades distintas con etiologías superpuestas pero no idénticas.

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico de un trastorno depresivo y de un TP se deberán de cumplir los criterios del DSM-IV o la CIE-10 para cada uno de los trastornos.

En el caso de los TP, el diagnóstico requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante o a otros trastornos psiquiátricos que reúna las siguientes pautas:

- 1) Actitudes y comportamientos marcadamente faltos de armonía que afectan, por lo general, a varios aspectos de la personalidad; por ejemplo, a la afectividad, al control de los impulsos, al estilo de relacionarse con los demás, a las formas de percibir y de pensar.
- 2) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de la enfermedad mental.
- 3) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- 4) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- 5) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- 6) El trastorno se acompaña, por lo general, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Tabla 4. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV

- Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes:
 1. Cognición (por ejemplo, formas de percibir o interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 2. Afectividad (por ejemplo, la gama, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional)
 3. Actividad interpersonal
 4. Control de impulsos
- Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales
- Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta, al menos, a la adolescencia o al principio de la edad adulta
- El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental
- El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, traumatismo craneal)

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Tomada de González Torres et al⁴.

Los criterios diagnósticos generales para un TP según el DSM-IV son los que se expresan en la tabla 4.

No obstante, hay que indicar que a pesar de disponer de estos criterios, el realizar un correcto diagnóstico cuando se presentan comórbidamente una depresión o un trastorno afectivo y un trastorno de la personalidad no es una tarea fácil.

Un trastorno del eje I, como es el caso de la depresión, puede complicar el diagnóstico de un trastorno de la personalidad de diversos modos:

1) Puede causar cambios en la conducta o en las actitudes de una persona que pueden parecer signos de un TP. La depresión puede hacer que una persona parezca excesivamente dependiente, evitadora o autodestructiva. La ciclotimia o el trastorno bipolar pueden dar lugar a períodos de grandiosidad, impulsividad, escaso juicio y depresión que se podrían confundir con manifestaciones de trastornos narcisistas o TLP.

El clínico debe ser consciente de la psicopatología de la depresión y ha de intentar evaluar el TP de manera independiente. Esta evaluación se puede intentar de una de las dos siguientes formas:

– Primero, el clínico puede preguntar acerca de los aspectos del funcionamiento de la personalidad en los momentos en que el paciente no está experimentando síntomas depresivos. Esta pauta es factible cuando el trastorno depresivo es de inicio reciente y de corta duración o, si es más crónico, si el curso del trastorno se ha caracterizado por episodios relativamente breves con remisión completa y períodos libres de síntomas de larga duración. Cuando el trastorno depresivo es crónico y no remite, la psicopatología de la depresión y el funcionamiento de la personalidad se mezclan de forma que la diferenciación entre ellos es claramente artificial.

Los TP se caracterizan por un grado mayor de estabilidad de sus manifestaciones; mientras que los trastornos depresivos suelen presentar un curso crónico, supuestamente episódico por las frecuentes recaídas y recurrencias.

– Un segundo enfoque para diferenciar los signos de la patología de la depresión de los signos del TP es longitudinal y aplazaría un diagnóstico de TP hasta valorar el resultado del tratamiento del trastorno depresivo. Esta estra-

tegia puede ser el abordaje de elección en el caso de un trastorno depresivo de larga duración que por su escasa intensidad e interferencia en las actividades de la vida diaria no ha sido diagnosticado. Aunque siempre se corre el riesgo de obtener una respuesta parcial al tratamiento, y de que queden algunos síntomas residuales, esta táctica puede hacer que el clínico, hablando en términos prácticos, consiga observar el funcionamiento basal del paciente.

2) Otro modo de cómo los trastornos afectivos y los TP interactúan para dificultar el diagnóstico diferencial es el caso de la psicopatología del TP aparente que, de hecho, es el pródromo de un trastorno afectivo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las alteraciones de la personalidad llevan a un empobrecimiento de los recursos psicológicos y unas pautas inapropiadas de respuestas a las situaciones estresantes. Por consiguiente, los individuos con rasgos patológicos son más vulnerables a padecer trastornos afectivos. Así, una persona con predisposición a deprimirse está más indefensa ante los problemas de la vida, si los mecanismos de afrontarlos se hallan ya debilitados por una alteración de la personalidad.

Por este motivo, es importante incluir los criterios para los TP, al menos los más frecuentemente relacionados con la depresión (TLP, personalidad depresiva, dependiente, evitativa, etc.), en la investigación de la vulnerabilidad del espectro afectivo en poblaciones de riesgo¹³.

La personalidad patológica influye en la forma en que se manifiestan los distintos trastornos afectivos y en su evolución. De este modo, un episodio depresivo en una personalidad paranoide presentará elementos de suspicacia en los síntomas; asimismo, el curso del trastorno depresivo estará a menudo condicionado por la tendencia del paranoide a tener problemas con las personas del entorno y, con ello, encontrará más factores estresantes en su vida.

Los pacientes con un TDM y un TLP presentan características diferenciales que indican una mayor intensidad de la depresión, mayor tendencia a conductas autolesivas, un peor funcionamiento ocupacional, un inicio más temprano del TDM y una agregación familiar más fuerte en parientes de primer grado con trastornos del estado de

ánimo que el mostrado por pacientes depresivos con otros codiagnósticos del eje II¹⁰.

Entre los pacientes diagnosticados de depresión unipolar, los que presentaban un temperamento depresivo habían tenido una edad de inicio del trastorno más precoz y presentaban un número más alto de síntomas residuales e intentos de suicidio. También presentaban puntuaciones más altas en la escala de Hamilton para la depresión y en la escala SCL-90. Los que presentaban un temperamento hipertímico tenían unas tasas más altas de trastorno bipolar. En ambos casos las tasas de presentación familiar eran más altas¹⁶.

Entre los pacientes que cumplían criterios del DSM-IV de depresión, aquéllos con temperamento depresivo presentaban una mayor gravedad de su psicopatología afectiva y mayores antecedentes familiares de trastorno depresivo. Por otra parte, los pacientes con temperamento hipertímico tenían una presentación más tardía, una psicopatología menos severa y una carga familiar para el trastorno bipolar más alta. Es decir, los depresivos con temperamento hipertímico pertenecen al espectro bipolar¹⁶.

La labilidad afectiva de los pacientes con TLP es distinta de los cambios bruscos en el humor que experimentan los pacientes con un trastorno bipolar II. En el TLP la labilidad se presenta a corto plazo, mientras que el cambio brusco del humor en el trastorno bipolar II, según criterios del DSM-IV, es definido en términos de duración más larga (4 o más días). El estudio NIMH puso de manifiesto que la labilidad del humor es el mejor predictor para la transformación a trastorno bipolar II de los pacientes que de entrada eran depresivos unipolares.

Por otro lado, un trastorno afectivo puede, en ocasiones, alterar la personalidad normal; así los síntomas de un sujeto que padece un síndrome depresivo resistente a los diversos tratamientos llegan a veces a transformarse en características estables, similares a los rasgos.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

La existencia de una alteración de la personalidad complica el tratamiento de los trastornos afectivos; así, la falta de confianza, la sensibilidad para las contrariedades de la vida, los conflictos que crea en el entorno, la agresividad, etc, dificultan el manejo terapéutico.

CONSIDERACIONES GENERALES

1) Los rasgos anómalos, pese a causar inadaptación, son extremadamente resistentes a los cambios, dado su arraigo en la estructura misma de la personalidad; por esa razón el terapeuta ha de saber que su cometido no es cuestión de días o semanas sino de años.

2) El diagnóstico del TP debe revisarse si las manifestaciones psicopatológicas que motivaron la consulta desaparecen después de unas cuantas entrevistas o tras una medicación.

3) Los rasgos anómalos, aunque molesten a los demás, no suelen desagradar a quienes los presentan (egosintonía)

y, por ello, falta motivación suficiente para iniciar un tratamiento que los rectifique.

Los pacientes con TP que solicitan tratamiento tienden también a tener tasas elevadas de concurrencia de trastornos del eje I y suele ser la razón de que un paciente con un trastorno de la personalidad acuda a buscar atención clínica.

4) En vez de transformaciones radicales, generalmente se han de pretender pequeños cambios, por ejemplo, reducir la desconfianza a niveles más tolerables, conseguir que cada caso de una relación interpersonal no lleve a un acto autolítico, etc.

5) Independientemente del método terapéutico empleado, se aconseja que el terapeuta se centre en las experiencias cotidianas, pues a menudo son las pautas de comportarse las que se pretende corregir.

6) Se han de intentar cambios en las circunstancias (familiares, laborales, sociales) en las que se desenvuelve el paciente, para facilitar su adaptación a la vida diaria.

7) En los TP comórbidos con trastornos afectivos, con manifestaciones ansiosas y períodos transitorios de psicosis, sus manifestaciones deben tratarse de forma apropiada.

8) La hospitalización es necesaria sólo en ocasiones en las crisis de personalidad límite o si lo requiere la presencia de otro trastorno concomitante.

La presencia de un trastorno depresivo en un paciente con TP puede sugerir una pauta de tratamiento más específica. Por el contrario, la presencia de un TP en un paciente con un trastorno depresivo suele indicar grados mayores y más extendidos de deterioro, mayor cronicidad y una peor respuesta global al tratamiento, que requiere una atención más intensiva y prolongada¹⁷.

Un TP comórbido ensombrece el pronóstico del trastorno depresivo.

El riesgo de recurrencia en los casos en que se presenta comorbilidad es alto y aumenta con el número de episodios. Los pacientes que presentan recurrencias tienen diferencias significativas con aquellos que no las presentan, sobre todo en lo que concierne a la fisiología y a la cognición social, de modo que puede aumentar su riesgo de desarrollar episodios subsecuentes. Los pacientes con recurrencias tienen niveles más altos de cortisol¹⁸.

Los pacientes con depresión y con TP muestran una mejora con diferencias significativas en comparación con aquellos que no las presentan, sobre todo menos significativa y más gradual en su funcionamiento, particularmente en lo referente a las relaciones sociales¹¹. Los rasgos de personalidad deberían considerarse a la hora de evaluar el funcionamiento social de la depresión.

Los cambios (mejoras) en la gravedad del TLP precedieron a las mejoras del TDM pero no a la inversa¹¹.

El abordaje terapéutico se planteará con tratamiento psicoterápico y tratamiento farmacológico. Si en el tratamiento de los trastornos afectivos es fundamental individualizar el tratamiento, cuando hay comorbilidad de trastorno afectivo y TP la premisa indicada es esencial.

TRATAMIENTO PSICOTERÁPICO

Se basa fundamentalmente en la psicoterapia dinámica y la psicoterapia cognitiva.

En el caso del tratamiento psicoterápico hay que individualizar también el tratamiento y tener en cuenta que las diferentes técnicas no sirven en todos los TP. Así por ejemplo, la psicoterapia de grupo está contraindicada en el TP paranoide.

Por otro lado, el establecer una buena relación con los pacientes suele resultar difícil por la egosintonía, pero también por otras circunstancias como, por ejemplo, la desconfianza del paranoide.

En el TLP la relación terapéutica se establece con dificultad, y una vez conseguida se quiebra fácilmente. El paciente pasa bruscamente de idealizar al médico a devaluarlo ante el menor problema que surja.

La psicoterapia dinámica suele ayudar considerablemente a los pacientes con TP depresivo.

La psicoterapia dinámica ayuda al paciente a comprender las causas de su malestar y a ser consciente de su comportamiento desadaptado, tratando los síntomas como manifestaciones externas de su conflicto, en buena parte inconscientes.

La psicoterapia cognitiva se centra en las creencias distorsionadas de larga evolución y generalizadas que provocan comportamientos desadaptativos. Dentro de esta orientación destaca la terapia conductual dialéctica de Linehan, una de las terapias más contrastadas experimentalmente, que reduce la sintomatología y mejora el aspecto social y la tendencia suicida en los pacientes límites.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Durante las pasadas décadas, se consideró que la patología de la personalidad tenía una influencia negativa en el resultado de los trastornos depresivos. Recientemente, ha habido un cambio hacia una opinión menos negativa. La diferencia en los índices de remisión con el tratamiento farmacológico entre los grupos con y sin TP, en estudios de alta calidad, fue del 3%; esta diferencia no fue ni estadísticamente significativa ni clínicamente relevante¹⁹.

Así pues, para el tratamiento farmacológico de la depresión con un TP concurrente dispondremos de los mismos fármacos que para el tratamiento de la depresión cuando se presenta sola.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)²⁰ son fármacos de primera elección en el tratamiento tanto de la disregulación afectiva como del comportamiento impulsivo agresivo de los pacientes con TP.

Al revisar la literatura sobre antidepresivos, debe tenerse en cuenta que sería de esperar de los estudios en los que existe una falta de control de la depresión comórbida la demostración de una respuesta favorable para los tratamientos antidepresivos, pero pueden no reflejar la respuesta farmacológica del TP.

La experiencia de casos aislados y ensayos abiertos con fluoxetina, sertralina y venlafaxina indicó la eficacia frente a los síntomas afectivos, impulsivo-conductuales y cognitivo-perceptuales de los pacientes con TLP.

El fracaso de la respuesta a un ISRS no predecía la respuesta pobre a todos los ISRS.

En resumen, hay estudios que han demostrado la eficacia de los ISRS sobre los síntomas afectivos en los pacientes con TP, específicamente con ánimo depresivo, rabia/ira y ansiedad, y síntomas impulsivo-conductuales, especialmente agresividad verbal e indirecta. La gravedad de los síntomas globales también mejora. Los efectos sobre la agresividad impulsiva son independientes de los efectos sobre los síntomas afectivos, como el ánimo depresivo y la ansiedad, y pueden estar relacionados con el género.

Inhibidores de la monoaminoxidasa

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)²⁰ son el tratamiento de segunda elección para el ánimo depresivo en los pacientes con TP, especialmente en la depresión "atípica", tan común en el paciente con TLP. También pueden ayudar a reducir la ansiedad social y la hipersensibilidad en los pacientes con TP por evitación en el contexto de la fobia social.

Además han demostrado ser útiles en el tratamiento de la hostilidad y la impulsividad relacionadas con los síntomas humorales en el paciente con TLP. Los IMAO han demostrado eficacia frente a la ansiedad social y la hipersensibilidad interpersonal en pacientes con fobia social y/o trastorno de la personalidad por evitación, sugiriendo un solapamiento de la mediación neurotransmisora de estos síntomas, independientemente de la designación del eje I o el eje II.

Estos fármacos, de escaso uso e indicación difícil en Atención Primaria, se consideran de segunda elección a causa de sus restricciones dietéticas, interacciones farmacológicas y razones de seguridad (como el riesgo de crisis hipertensivas).

Antidepresivos tricíclicos o heterocíclicos

La utilidad de los antidepresivos tricíclicos (ATC)²⁰ para el tratamiento de la disregulación afectiva o los síntomas anímicos en el TLP u otros TP es altamente cuestionable.

Cuando se puede realizar un diagnóstico claro de depresión mayor, la terapia debe dirigirse al trastorno del eje I. Cuando existe depresión atípica, los IMAO son de elección. La respuesta a los ATC parece tener una magnitud modesta.

La posibilidad de toxicidad conductual (amenazas suicidas en aumento, ideación paranoide, demandas y comportamientos de asalto, y una desinhibición aparente del comportamiento impulsivo) y la letalidad conocida con la sobredosis de ATC favorecen la elección de un ISRS o dual como tratamiento de primera elección para la disregulación afectiva del paciente con trastorno de la personalidad.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto, podemos sacar como conclusión que la comorbilidad depresión-TP no es una rareza, que ante todo proceso depresivo será conveniente realizar una ex-

ploración psicopatológica por si existe un TP subyacente. La presentación comórbida de las dos entidades va a dificultar el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, pero el médico de Atención Primaria se encuentra en una situación privilegiada para realizar el diagnóstico, ya que conoce al paciente en todo su contexto biopsicosocial; su empatía y profesionalidad van a ser las mejores armas para realizar una aproximación a estos enfermos y, por último, va a ser la pieza fundamental para el seguimiento de su evolución y tratamiento junto con psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Gradillas V. Trastornos de la personalidad en la práctica médica. Barcelona: Masson; 2002.
- Oldham J, Skodol A, Bender D. Tratado de los Trastornos de Personalidad. Barcelona: Elsevier Masson Ed; 2007.
- Roca M. Trastornos de personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2003.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Urdániz A. Epidemiología. En: Roca M, editor. Trastornos de personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2003. p. 197.
- Kendell E. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry*. 2002;180:110-5.
- Patience DA, McGuire RJ, Scott AI, Freeman CPL. The Edinburgh primary care depression study: personality disorder and outcome. *Br J Psychiatry*. 1995;167:324-30.
- González Torres A, González de Artaza M. Trastornos de personalidad. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica Ed; 2007. p. 321-36.
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
- Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1994.
- Moreno MJ, Medina A. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad. *Psiquiatría.com*. 2006;10(1).
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Am J Psychiatry*. 2006;9(1):337-61.
- Kantjärvi L, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Herva A, Karvonen JT, et al. Co-occurrence of personality disorders with mood, anxiety, and substance use disorders in a young adult population. *J Personal Disord*. 2006;20(1):102-12.
- Bellino S, Patria L, Paradiso E, Di Lorenzo R, Zanon C, Zizza M, et al. Major depression in patients with borderline personality disorder: A clinical investigation. *Can J Psychiatry*. 2005;50(4):234-8.
- Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10(4):175-82.
- Skodol AE. Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En: Oldham J, Skodol A, Bender D, editores. *Tratado de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson Ed.; 2007. p. 59-91.
- Stanghellini G, Bertelli M, Raballo A. Typus melancholicus: personality structure and the characteristics of major unipolar depressive episode. *J Affect Disord*. 2006;93(1-3):159-67.
- Irastorza LJ. Trastorno de personalidad depresiva y distimia. Diferenciación clínica. *Interpsiquis*. 2001;(2).
- Orstavik RE, Kendler KS, Czajkowski N, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. Relación entre el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno depresivo mayor: estudio poblacional con gemelos. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1866-72.
- Akiskal HS. Temperament and depresión: impact on subtyping major depresión. Disponible en: <http://www.medscape.com/Medscape/CNO/2000/APA> (3 pp). (2002).
- Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10(4):175-82.
- Bos E, Bouhuys A, Geerts E, Van Os T, Van der Spoel I, Brouwer H, et al. Cognitive, physiological and personality correlates of recurrence of depression. *J Affect Disord*. 2005; 87(3):221-9.
- Kool S, Schoevers R, de Maat S, Van R, Molenaar P, Vink A, et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with an without personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2005;88(3):269-78.
- Soloff PH. Tratamientos somáticos. En: Oldham J, Skodol A, Bender D, editores. *Tratado de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson Ed; 2007.