

Distimia y personalidad depresiva: diferenciación clínica

IRASTORZA EGUSKIZA, L. J.

CSM Arganda del Rey. Hospital Virgen de la Torre. Arganda del Rey (Madrid).

Dysthymia and depressive personality: clinical differentiation

Resumen

Introducción: Los trastornos de personalidad y depresivos se encuentran asociados frecuentemente en la clínica. Si éstos se cronifican o tienen síntomas residuales, la diferenciación con los rasgos de personalidad es más difícil. Un ejemplo de ello es el debate actual sobre la distimia y el trastorno de personalidad depresiva. A través de este estudio se pretende diferenciarlos clínicamente.

Metodología: Tomando una muestra de pacientes ambulatorios que acuden a un CSM, se eligen al azar los trastornos afectivos no psicóticos. Se hacen dos grupos de ellos, según tengan trastorno de personalidad depresiva o distimia. Se buscan las diferencias entre ambas, con variables clínicas y de comorbilidad con otros trastornos de personalidad.

Resultados: Los pacientes con trastorno de personalidad depresiva positivos tienen más asociación con trastorno de personalidad del grupo C y el trastorno de personalidad esquizoide, mientras que los distímicos se correlacionan más con los del grupo B (eje II DSM-IV). También se observa una diferenciación dimensional.

Conclusiones: El trastorno de personalidad depresiva y la distimia son constructos distintos, aunque se solapan en algunos rasgos. Es necesario el estudio longitudinal para observar más claramente estas diferencias clínicas y de comorbilidad.

Palabras clave: Personalidad depresiva. Distimia. Trastornos de personalidad. Comorbilidad.

Summary

Introduction: Personality and depressive disorders are frequently associated in clinical samples. If these are chronic or have residual symptoms, it is more difficult their differentiation from personality traits. An example of this is the present polemic about dysthymia and depressive personality disorder. The aim of this study is to differentiate them clinically.

Method: A outpatient sample of patients in a MHC with nonpsychotic affective disorders is randomized and recruited. Two groups are made, with dysthymia or depressive personality disorder. They are differentiated according clinical variables and personality disorders comorbidity.

Results: Patients with depressive personality disorder are more associated with group C and schizoid personality disorder and dysthymic patients with group B personality disorder (axis II-DSM-IV). There is also some dimensional differentiation between them.

Conclusions: Depressive personality disorder and dysthymia are different constructs, though there is overlapping with several traits. It is necessary a longitudinal study in order to see clearly clinical and comorbidity differences.

Key words: Depressive personality. Dysthymia. Personality disorders. Comorbidity.

La asociación entre trastornos depresivos y trastornos de personalidad (tp) es comúnmente aceptada. Pero la diferenciación entre distimia y trastorno de personalidad depresiva (tpd) es controvertida actualmente.

Además de las depresiones, los trastornos neuróticos también se pueden ver con el grupo C de los tp (eje II-DSM) (1,2); sean como un modelo comórbido del eje I y II perteneciente al mismo síndrome (3) o como parte del síndrome general neurótico (4, 5); o en la asociación del trastorno de ansiedad generalizada y tp antisocial (6) o tp evitativo (7); trastorno de pánico y agorafobia, con

tp dependiente (7); y agorafobia sin pánico con tp evitativo (8).

La relación entre tpd y dimensiones de personalidad normal tampoco es unánimemente aceptada: unos dicen que el tpd es una manifestación extrema de la dimensión afectividad negativa (AN) (9). Otros creen que no sólo el tpd, sino también la depresión clínica, tienen alta AN y baja afectividad positiva (AP) (10). Parece que lo más defendido sea que el tpd se caracteriza por baja AP y alta AN (11-13), aunque no se sabe la magnitud de esa relación. Los criterios del DSM-IV de tpd hacen más hincapié

en la AN, que los criterios de Akiskal (14) o de Gunderson (15).

En estudios longitudinales de otros tp se ha visto que los del grupo B y el pasivo-agresivo tienen más cambios con la edad, y los del grupo A y el obsesivo-compulsivo no mejoran con el tiempo (16). No está claro qué pasa con el tp evitativo. En cinco estudios se ha visto que pacientes con tp borderline retienen el diagnóstico después de una media de 8,7 años en un 57% de los casos (17).

Se pretende con este estudio longitudinal ver cómo evoluciona el tpd y si podemos decir que es clínicamente distinto que la distimia. La hipótesis inicial es que sí existen diferencias a pesar del solapamiento existente entre diversos trastornos depresivos y tp.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio prospectivo de cohorte analítico unicéntrico. Se realiza a lo largo de seis años (1993-1998) el seguimiento de un grupo de pacientes, incluidos en el Área 1 sanitaria de Madrid, distrito de Arganda del Rey. La muestra la componen pacientes ambulatorios que acuden al CSM. Son 119, de los que tres se pierden. Son elegidos al azar, según vienen a mi consulta y aceptan participar en el estudio. De esta muestra, se harán dos subgrupos preferentemente, comparándose los resultados de ambos.

Se utilizan como criterios de inclusión: edad > 18 años y con diagnósticos clínicos de: trastornos afectivos (excepto bipolares y ciclotimias), solos o asociados a: trastornos de ansiedad o neuróticos, trastorno adaptativo con síntomas depresivos y tp (según el DSM-IV). Además, no deben ser analfabetos y sí poseer un nivel cultural adecuado para entender los cuestionarios autoadministrados. Podrán ser pacientes nuevos, que acuden a la consulta por primera vez, o pacientes que vienen como revisiones, ya atendidos por mí en más ocasiones.

Como criterios de exclusión: trastornos orgánicos cerebrales, retraso mental, trastorno por abuso o dependencia de sustancias, trastornos psicóticos (manías o hipomanías, psicosis esquizofrénicas, depresiones psicóticas, otras psicosis), enfermedad somática grave amenazante para la vida, riesgo presente importante de suicidio. Hubo tres casos perdidos, aludieron causas inespecíficas, sin ninguna posible variable de sesgo.

La selección de los pacientes es: que hayan resultado positivos en la entrevista de tpd de Gunderson et al

(1994) (DIDP: Diagnostic Interview Depressive Personality) (> 31), que no estén en un estado depresivo (hasta dos meses previo como mínimo), y que continúen presentando los criterios de inclusión iniciales.

La muestra tras esta entrevista se dividirá en cuatro grupos, a doble ciego, distribuidos a su vez en dos subgrupos:

1. Trastorno de personalidad depresiva (tpd) positiva (pasan el punto de corte de 31 de la DIDP): Con distimia (25 pacientes), sin distimia (31 pacientes).

2. Trastorno de personalidad depresiva (tpd) negativa (puntuación de 31 o inferior en la DIDP): Con distimia (19 pacientes), sin distimia (41 pacientes).

Se comparan los grupos tpd positiva y distimia negativa, y distimia positiva y tpd negativa.

Los instrumentos de evaluación son:

Para los tp, el cuestionario MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) (18), que incluye entre ellos el tpd; el BFQ de Caprara (19), con gran parecido al NEO-PI de Costa (20). Como entrevista semiestructurada para tp se utiliza el SCID-II para el DSM-III-R (21). Además se utiliza la ya mencionada entrevista de tpd (DIDP). Para los trastornos del eje I, incluida la distimia, se emplea el SCID-I (22).

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS. El análisis de las variables cualitativas es con métodos no paramétricos (chi-cuadrado y Spearman). Sobre todo se buscan las correlaciones bivariantes que nos distingan los grupos tpd y distímico. El nivel de significación preferido es 0,05.

RESULTADOS

Se obtienen cuatro subgrupos según el DIDP (1994) (15).

- Ni distimia ni tpd: n= 42 (35,9%).
- tpd; n= 31 (26,5%).
- Distimia, no tpd: n= 19 (16,2%).
- Distimia y tpd: n= 25 (21,4%).

La distribución de estos grupos respecto a las variables edad y sexo, se muestran en la tabla I.

Se observa que el 44,64% de los tpd son distímicos (25/56) y el 56,81% de los distímicos tienen tpd (25/44).

En nuestro estudio vemos una kappa de 0,622 al comparar la DIDP y el diagnóstico del apéndice del DSM-IV de tpd, en la muestra separada de distímicos (dist) y tpd.

TABLA I Subgrupos según variables (edad, sexo y diagnóstico tpd y/o distimia)

	No distimia-no tpd	tpd	Distimia	Distimia + tpd
Número de pacientes	41	31	19	25
Sexo (v/m, %)	6/35, 15/85	9/22, 29/71	3/16, 16/84	6/19, 24/76
Edad (n+ desv.)	43,2 + 15,2	37,9 + 9,97	47,4* + 14,5	42,2 + 14

v: varón; m: mujer; n: edad media. * Estadísticamente significativo (p < 0,05).

TABLA II Diagnóstico diferencial tpd y distimia: variables sociodemográficas

	tpd	Distimia
Sexo:		
Hombre	29	15,8
Mujer	71	84,2
Edad**		
24-35	42	15,9
36-49	48	42,1
52-73		37
Estado civil		
Casado	71	73,7
Soltero	22,6	10,5
Separado o viudo*		15,8
Profesión		
Ama de casa	43	57,9
Trabajador no cualificado	27	
Trabajador cualificado	17	26,3
Fratria		
Mayor o segundo	51,6	50
Intermedio*		38,9
Menor o penúltimo***	32,3	11,1
Estudios		
Básicos	22,6	42,1
Bachillerato	61,3	47,4
Superiores	16,1	10,5
Convivencia		
Familia propia	74,2	89,5
Familia origen	22,6	10,5

tpd: trastorno de personalidad depresiva. ** Significación < 0,01. * Significación < 0,05. *** Tendencia a lo significativo. Las cifras están en porcentajes.

Al comparar los grupos de tpd y dist entre sí, se obtiene (tabla II):

No hay diferencias significativas respecto a sexo, convivencia, estudios e ingresos psiquiátricos. Sí se observan diferencias significativas entre dist y tpd, respecto a:

- Edad (mayor edad media en el grupo distímico), estado civil (más viudos entre los distímicos), fratria (más situación intermedia entre los hermanos en dist y tendencia a ser el último o penúltimo en tpd), antecedentes personales (más episodios depresivos asociados a distimia en dist), antecedentes familiares (AF) (No AF en distimia) e intentos de suicidio: correlación negativa con dist (ningún caso) y tendencia a asociación con tpd.

Observamos en la tabla III que no existe una concordancia clara entre el DIDP y la entrevista del apéndice del DSM-IV: el 16% de los que son tpd positivos (DIDP) no superan el punto de corte de 5 del DSM-IV; y el 21% de los distímicos (o sea, no tpd + según el DIDP) tienen una puntuación de 5 o mayor en el DSM-IV. Podemos ver en la misma tabla los resultados obtenidos en las subescalas del DIDP.

En la tabla IV vemos el cruce de diagnósticos de tpd según DSM-IV y DIDP.

Sólo se realiza el retest a los 2-3 años en una submuestra de los tpd +, por lo que no tenemos datos del

TABLA III Diagnóstico diferencial tpd y distimia: variables clínicas: DIDP y sus subescalas (negativista, pasivo, sacrificado e introvertido) y comparación con el apéndice del DSM-IV (tpd)

	tpd		Distimia
tpd +, en DSM-IV	< 5	16%	≥ 5 21% (tpd+)
	5-6	48%	3-4,5 63,2% (tpd -)
	6-7	19%	
Subescalas tpd			
- Negativista	≥ 11	75%	21,1%
« retest	≥ 10	61,5%	
- Introvertido	≥ 9	74%	94,7%
« retest		92,3%	
- Pasivo, retraído	≥ 9	74%	≥ 5 78,9%
« retest		100%	
- Sacrificado	≥ 8	61%	89,5%
« retest		92,3%	

grupo distímico. No obstante, vemos cómo el componente introvertido y sacrificado también se da en los distímicos. El ser negativista diferencia claramente el tpd y en menor medida el ser pasivo, respecto al distímico. Estos dos componentes tienen una correlación negativa entre sí en el grupo de tpd+ (p < 0,007). También se observa en el retest de la muestra tpd que el componente negativista disminuye con el tiempo, y los demás, esto es, introvertido, pasivo y sacrificado, se mantienen o aumentan. Estos datos deben entenderse con precaución, dado que el retest sólo se hace con un tercio de la muestra inicial.

Atendiendo a los resultados de variables clínicas, vemos:

Se encuentran más trastornos de ansiedad (p < 0,011) y trastorno por estrés posttraumático (p < 0,048) en la muestra asociada distimia-tpd, según el MCMI-III (m).

Respecto a la comparación entre los grupos de tpd y distimia, se observa:

Más frecuencia de intentos de suicidio (p < 0,05) en los tpd respecto a distimia (16,1 vs 0%). En el grupo distímico se dan más enfermedades somáticas diversas (p < 0,05) (47,4/19,4%), y más frecuencia de no tener antecedentes psíquicos familiares (p < 0,05) (52,6/19,4%).

TABLA IV Tpd según DSM-IV y DIDP y subgrupos

	Subgrupos DIDP				Total
	Ninguno	tpd	Distimia	tpd más distimia	
Subgrupos DSM-IV					
- tpd +	5	26	4	22	57
- tpd -	36	5	15	3	59
- Total	41	31	19	25	116

TABLA V Comorbilidad de tp con tp depresiva

	est	esq	par	bor	his	nar	ant
Sato	3	9	14	9	14	21	2
Occid.	1-8	0-2	2-18	4-27	3-21	0-18	0-4
Propio:							
m	16	6,5	13	16	0 (0)	3	0
scid	3	0	6,5	48	0 (16)	0	0
	o-c	pas-ag	aut	evit	depe	depe	dep
Sato	23	9		39	20		
Occid.	9-39	0-14		12-48	11-45		
Propio:							
m	6,5	16	13	19	32		23 (52)
scid	48	0 (16)	29	42	32		

Las puntuaciones son en porcentajes, y las cifras entre paréntesis se refieren a rasgos de personalidad. Sato: estudio japonés; Occid: conjunto de estudios occidentales; Propio: estudio actual; m: mcmi-III; scid: scid-II; o-c: obsesivo-compulsivo; evit: evitativo; depe: dependiente; dep: depresivo; aut: autoderrotista; pas-ag: pasivo-agresivo; esq: esquizoide; est: esquizotípico; par: paranoide; nar: narcisista; ant: antisocial; bor: borderline; his: histriónico. Las muestras japonesas y occidentales no son exactamente pacientes con tpd, sino muestras depresivas.

Respecto a la comorbilidad con tp:

- Dentro del grupo tpd positivo (DIDP):

Se observa una tendencia a ocultar más tp dentro del MCMI-III respecto al SCID (67,74%/83,87%, respectivamente). Más de 2/3 de éstos son tp pertenecientes a más de un grupo, sobre todo al B más C del DSM-IV. Predomina este grupo, tanto individual como asociado. Al utilizar el cuestionario (m), vemos mayor proporción de tp del grupo A (tal vez porque se confunda el tp evitativo con el tp esquizoide), y mayor asociación de los tres grupos (A+ B+ C), que cuando utilizamos el SCID-II. Los tp del grupo B son casi siempre tp borderline.

Si tienen más de un tp: del mismo grupo (23%-s y 4,8%-m) o de grupos asociados (más del 50% de los tp comórbidos en ambas evaluaciones): destacan uno o más del C y B con el SCID (38,5%), y sólo un 24% de los mismos en el MCMI. En este último aumentan hasta un 19% la asociación C más A.

- En el grupo distimia positiva (SCID-I):

Debido al pequeño tamaño de esta muestra, no es valorable cualquier significación estadística. No obstante, se observa que no varía mucho de la muestra del tpd. Tal vez, la tendencia en la distimia a más asociación de dos tp de diversos grupos (del eje II) y la misma asociación preferente con los del grupo B y C (más con el SCID que con el cuestionario).

Las concordancias con otros tp, incluyendo estudios occidentales (24-26), japonés (23) y el presente, son las siguientes (tabla V) (27):

Aquí se observan diferencias significativas (t para dos muestras independientes) en:

Asociación de dos tp de distintos grupos (s), más en distimia (63,2/32,3%): $t = 2,196$; $p = 0,033$ (dos colas); existencia de un tp del grupo B, más en tpd (12,9/5,3%): $t = 2,88$; $p = 0,006$; existencia de un tp del grupo C (s), más en tpd (9,7/5,3%) $t = 1,99$; $p = 0,052$. Esta diferencia

sólo se da en las varianzas (test F de Snedecor), pero no en las medias.

Asociación de tres tp del mismo grupo (s), más en tpd, en especial del grupo C (25,8/10,5): test de Levene para igualdad de varianzas: $F = 8,545$; $\text{sig} = 0,005$. Hay más frecuencia de tp B, en distimia (solos o asociados a otros tp (ms)). Se da en diferencia de medias y de varianzas: $F = 38,93$; $\text{sig} = 0,000$; $t = 2,88$; $p = 0,006$; más frecuencia de un solo tp, no asociado a otros, en tpd (16/5%). Sólo diferencia de varianzas: $F = 6,15$; $\text{sig} = 0,017$; más frecuencia de asociación de tp A y B, en distimia (16/3%): sólo diferencia de varianzas: $F = 11,537$; $\text{sig} = 0,001$.

En la tabla VI se muestra la comorbilidad de tp (según MCMI y SCID) con distimia y tpd. Se puede observar la correlación significativa del tpd con tp: autodestructivo, pasivo-agresivo, depresivo; y correlación inversa con agresivo, histriónico y narcisista. El tp depresivo se correlaciona con lo narcisista, esquizotípico y esquizoide.

Las asociaciones específicas de tp en el subgrupo distímico son: con tp histriónico, rasgos evitativos y agresivos, y correlación inversa con depresivo y autodestructivo.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio coincide en la descripción de tpd con alguno de los tipos de tpd de Millon: negativista o pasivo-agresivo y masoquista o autodestructivo. No coincide en el histriónico, que se correlaciona negativamente con el tpd y, por el contrario, positivamente con la distimia. Los otros tipos de Millon, el dependiente y evitativo, sí los vemos en los factores predictores (27) de tpd, y algo menos en la distimia.

Respecto a la comorbilidad con tp hay diferentes trabajos en la literatura: en un estudio ambulatorio japonés de pacientes depresivos (23), encuentran tasas pareci-

TABLA VI Comparación trastornos personalidad MCMI-III y SCID-II: tpd y distimia

	TP depresiva	Distimia	TP depresiva	Distimia
Esquizoide	R: 12 (38,7) tp: 2 (6,5) no: 17 (54,8)	R: 6 (31,6) tp: 1 (5,3) no: 12 (63,2)	R: 5 (16,1) no: 26 (83,9)	R: 4 (21,1) tp: 1 (5,3) no: 14 (73,7)
Evitador	R: 13 (41,9) tp: 6 (19,4) no: 12 (38,7)	R: 5 (26,3) tp: 3 (15,8) no: 11 (57,9)	R: 7 (22,6) tp: 13 (41,9) no: 11 (35,5)	R: 9 (47,4)** tp: 4 (21,1) no: 6 (31,6)
Depresivo	R: 16 (51,6)* tp: 7 (22,6) no: 8 (25,8)* neg	R: 6 (31,6) no: 13 (68,4)*		
Dependiente	R: 11 (35,5) tp: 10 (32,3) no: 10 (32,3)	R: 4 (21,1) tp: 5 (26,3) no: 10 (52,6)	R: 10 (32,3) tp: 10 (32,3) no: 11 (35,5)	R: 4 (21,1) tp: 3 (15,8) no: 12 (63,2)
Histriónico	R: 0 *neg no: 31 (100)*	R: 2 (10,5) tp: 2 (10,5) no: 15 (78,9)	R: 5 (16,1) tend. no: 26 (83,9)	tp: 1 (5,3) tend. no: 18 (94,7)
Narcisista	R: 0 tend. neg tp: 1 (3,2) no: 30 (96,8)	R: 1 (5,3) tp: 1 (5,3) no: 17 (89,5)	R: 11 (35,5) no: 20 (64,5)	R: 3 (15,8) tp: 3 (15,8) no: 13 (68,4)
Antisocial	no: 31 (100)	R: 1 (5,3) tp: 1 (5,3) no: 17 (89,5)	R: 3 (9,7) no: 28 (90,3)	tp: 1 (5,3) no: 18 (94,7)
Agresivo	R: 0 *neg tp: 3 (9,7) no: 28 (90,3)	R: 4 (21,1)* tp: 2 (10,5) no: 13 (68,4)		
Compulsivo	Rasgos: 2 (6,5) tp: 2 (6,5) no: 27 (87,1)	R: 4 (21,1) tp: 2 (10,5) no: 13 (68,4)	R: 10 (32,3) tp: 15 (48,4) no: 6 (19,4)	R: 8 (42,1) tp: 9 (47,4) no: 2 (10,5)
Pasivo-agresivo	R: 15 (48,4) tp: 5 (16,1) no: 11 (35,5)* neg	R: 7 (36,8) tp: 1 (5,3) no: 11 (57,9)	R: 5 (16,1) no: 26 (83,9)	R: 2 (10,5) tp: 2 (10,5) no: 15 (78,9)
Autodesvalorizado	R: 7 (22,6) tp: 4 (12,9) no: 20 (64,5)	R: 4 (21,1) tp: 1 (5,3) no: 14 (73,7)	R: 10 (32,3) tp: 9 (29) no: 12 (38,7)* neg	R: 3 (15,8) tp: 2 (10,5) no: 14 (73,7)*
Esquizotípico	R: 2 (6,5) tp: 5 (16,1) no: 24 (77,4)	R: 2 (10,5) tp: 4 (21,1) no: 13 (68,4)	R: 5 (16,1) tp: 1 (3,2) no: 25 (80,6)	R: 3 (15,8) tp: 1 (5,3) no: 15 (78,9)
Borderline	R: 10 (32,3) tp: 5 (16,1) no: 16 (51,6)	R: 6 (31,6) tp: 2 (10,5) no: 11 (57,9)	R: 10 (32,3) tp: 15 (48,4) no: 6 (19,4)	R: 2 (10,5) tp: 12 (63,2) no: 5 (26,3)
Paranoide	R: 2 (6,5) tp: 4 (12,9) no: 25 (80,6)	R: 6 (31,6) tp: 5 (26,3) no: 8 (42,1)	R: 12 (38,7) tp: 2 (6,5) no: 17 (54,8)	R: 7 (36,8) tp: 2 (10,5) no: 10 (52,6)

Las dos primeras columnas son mcmi-III, las dos últimas scid-II.

das de comorbilidad, respecto a otros estudios occidentales (en pacientes distímicos y depresivos) (24-26), excepto para los tp esquizoide (9% y 0,2%) y narcisista (21% y 0-18%).

Se han visto mayores tasas de comorbilidad de tp en pacientes con tpd respecto a otros con trastornos afectivos pero sin tpd (57,7/30%) (28).

Además observan Sato et al (23) un 59% de tp entre sus pacientes. No obstante, un 64% es el primer episodio depresivo y tampoco se entrevista a los pacientes fuera

del episodio depresivo, como pensamos que debería ser para evitar sesgos del estado depresivo. En nuestro estudio observamos más prevalencia con el scid, que con el MCMI-III (tal vez explicable por la deseabilidad social): para tp en general (83,9% en tpd y 79% en distimia). El tp esquizoide se acerca más al estudio japonés y el tp narcisista a los occidentales.

Nos recuerda la correlación que observamos entre tp antisocial y apertura mental superior e intentos de suicidio, a un tipo de la clasificación de los antisociales (29):

el creativo (junto con agresivos e inadecuados o pasivos). También se ha visto la relación entre depresión, rasgos de personalidad antisocial y suicidio consumado (30). O conducta suicida impulsiva asociada a tp borderline y antisocial (30, 31).

Cuando buscamos las diferencias entre distimia y tpd, respecto a su asociación con tp y otras variables clínicas y socio-demográficas, vemos:

La relación del sexo y tp se ha estudiado en una muestra depresiva ambulatoria (32). Se observó mayor relación del varón con tp: esquizotípico, paranoide, narcisista, antisocial, borderline y O-C. No se observa mayor frecuencia de tp en la mujer. En nuestro estudio destacamos la relación del tp esquizoide, tp depresivo y varón.

Respecto a la relación con patología somática, hay estudios longitudinales donde se correlaciona la depresión con subsiguientes enfermedades funcionales gastrointestinales y enfermedades hiperinmunes (33). Nosotros encontramos relación de la distimia con enfermedades somáticas varias.

La distimia se asocia más con rasgos o tp del eje II, grupo A (sea esquizoide, esquizotípico o paranoide), con los del grupo B; y con el grupo C prácticamente sólo si está asociado al B, y en menor proporción al A (como dos tp); mientras que en el tpd la asociación es más con el grupo C (más de un tp dentro del mismo grupo, o aislados del C): hay más asociación entre los tres tipos (A, B y C), pero siempre se da entre lo depresivo y lo esquizoide y/o esquizotípico (lo esquizoide persiste la duda sobre si está sobredimensionado en el MCMI-III, y se solapa con lo evitativo). Otros autores también han encontrado una asociación del tp evitativo con el grupo A, además de con el C (34, 35).

Es significativa la asociación significativa entre lo esquizoide, depresivo, varón y tpd.

El tp paranoide y narcisista van juntos en distimia y tpd; pero aquella se asocia más con el trastorno bipolar y ésta más con los tp borderline y esquizotípico. No se asocia ninguna con el grupo C.

El distímico histriónico se asocia más con el grupo A e ingresos. El histriónico del tpd más con lo pasivo-agresivo, borderline e intentos de suicidio.

Se parece mucho el borderline distímico y el depresivo: ambos son narcisistas, paranoides y autoderrotistas. No tienen correlación positiva con el grupo C (por lo menos, el componente con mayor varianza). El distímico es más pasivo-agresivo, y el depresivo más esquizotípico y bipolar.

Tres de los cuatro tipos del grupo B (antisocial, borderline y narcisista) se correlacionan con el tp esquizotípico en el tpd.

También se parecen mucho en el tp narcisista lo distímico y lo depresivo (correlación negativa con tp obsesivo-compulsivo y positiva con tp paranoide, borderline y pasivo-agresivo), asociándose tp de los grupos A y B, sin correlación positiva con el C.

Los ingresos se dan en: tpd (tp esquizotípico y antisocial), menos en distimia (tp paranoide e histriónico).

El tp pasivo-agresivo tiene más correlación con la distimia (incluso con el grupo A y tp dependiente) que con

el tpd (sólo intentos de suicidio). Lo contrario que el tp autoderrotista, el cual se asocia más con el tpd (no con tp dependiente) que con la distimia.

El tp depresivo se asocia con tp esquizotípico, esquizoide y narcisista en el tpd; no así en la distimia.

El tp dependiente y pasivo-agresivo van juntos en distimia y tpd. Pero el dependiente de ésta es más evitativo, y el de la distimia, más bipolar y menos obsesivo. El tp dependiente sí se correlaciona con la depresión unipolar (36). Dentro de este grupo, son los tp evitativo y dependiente los que más se asocian con los trastornos afectivos (depresión mayor, distimia y depresión doble) (25). Nosotros vemos en el tpd y en la distimia una asociación positiva del tp dependiente con tp pasivo-agresivo; pero se diferencian en que en el tpd va más con tp evitativo y no autodestructivo, y en la distimia se asocia a lo bipolar (mcmi) y no obsesivo. También en ésta el tesón es inferior.

El tp obsesivo-compulsivo se correlaciona más con el trastorno de ansiedad generalizada y menos con el trastorno por dependencia de alcohol (37). Como integrante del grupo C, se le ha correlacionado con los mismos trastornos que el grupo evitativo. Nosotros lo vemos en la distimia también asociado a tp evitativo y a lo no histriónico; además en correlación negativa con tp pasivo-agresivo y narcisista en el tpd. El tesón inferior tiene correlación con la distimia.

Los intentos de suicidio sólo se dan con el tpd, y dentro de ésta, en: tp pasivo-agresivo, histriónico y antisocial. La muestra de los distímicos puros excluye depresión doble y riesgo suicida grave, siendo la mayoría de comienzo tardío. Se puede incluir en el nivel medio del espectro sintomático distímico (38). En nuestro estudio también vemos una correlación negativa de los distímicos puros con los intentos de suicidio.

El trastorno bipolar (según el MCMI-III, ya que en principio es criterio de exclusión en la muestra, y por ello se debe tomar con precaución y pensando en una severidad clínica menor) se asocia en distimia con: tp dependiente, pasivo-agresivo y paranoide. En tpd sólo se asocia lo bipolar con el tp borderline.

El trastorno por estrés posttraumático (tpept) (recogido por historia clínica y por MCMI-III) se asocia también con ambos constructos. Con la distimia, se correlaciona con tp pasivo-agresivo, histriónico y antisocial. La asociación del tpept es más con el tpd y el grupo A (paranoide y esquizotípico) y narcisista. Los tpept se han asociado al grupo B (más en el tp borderline) (39, 40). En nuestro estudio se asocia más con el grupo B y tp pasivo-agresivo y autodestructivo; pero es más específica la asociación de la muestra asociada de distimia y tpd, conjuntamente con tp esquizotípico y trastorno bipolar. Se ha visto una asociación del tpept con diversos tp: borderline, obsesivo-compulsivo, evitativo, paranoide (41); o con: tp pasivo-agresivo, esquizoide, evitativo y borderline (42). Pero no son muestras de pacientes depresivos exclusivamente. Nosotros encontramos una asociación del tpept con: la muestra asociada (con tp esquizotípico), con el tpd (tp esquizotípico, paranoide, pasivo-agre-

sivo y autoderrotista) y en la distimia (tp borderline, esquizoide, antisocial, dependiente y narcisista).

Fava (43) encuentra también más tp en los depresivos de comienzo temprano. Con el SCID-II, se dan más prevalencia de tp evitativo, histriónico, narcisista y borderline que en los de comienzo tardío (de 18 o más años); y utilizando el PDQ-R, observa más tp evitativo, dependiente, pasivo-agresivo, borderline, histriónico, narcisista y antisocial. No obstante, ha de tenerse en cuenta que estos trabajos miden los tp durante el estado depresivo, con el consiguiente sesgo. Nosotros observamos el tp histriónico, narcisista y antisocial más en la distimia, aunque no separamos por edad de inicio. Los restantes tp (dependiente, evitativo, pasivo-agresivo y borderline) sí los asociamos más con el tpd que con la distimia.

Skodol (44) observa como el tp dependiente se correlaciona con los tp evitativo, obsesivo-compulsivo, borderline, narcisista, esquizotípico y paranoide, en una muestra depresiva (con el PDE). Además, ve cómo el tp dependiente también se asocia a diversos trastornos del eje I, no solamente con la depresión. Discrepamos en la asociación del dependiente con narcisista, esquizotípico y paranoide. Únicamente en asociación negativa la encontraríamos. Pero en el estudio de Skodol se basa en pacientes depresivos y tal vez se amplía el espectro. Vemos en nuestra muestra asociada de distimia y tpd, cómo se amplía el abanico de tp. Se tiene esa tendencia hacia una mayor comorbilidad de tp, tesis también defendida por Tyrer (45) con la severidad y clasificación de los tp.

Lott (46) no encuentra distinta prevalencia de tp borderline en muestras de depresivos crónicos, agudos y distímicos. Tampoco observa entre ellos diagnósticos de tp antisocial. Nosotros vemos más borderline en tpd, sin ser diferencias significativas con la distimia, y tampoco vemos antisociales, sobre todo en tpd.

Los trastornos depresivos se ven asociados con los grupos B y C (47, 48). En nuestro estudio lo corroboramos, y además también vemos una asociación con el grupo A.

La edad de comienzo es una importante fuente de variación en el curso y presentación de la dm crónica, aunque no en la respuesta al tratamiento. También comparten con la distimia, la depresión doble y depresión no crónica las características específicas del comienzo temprano. Se postula la edad de comienzo como dimensión de clasificación de trastornos del ánimo y como fuente de heterogeneidad en los estudios de investigación (49). En nuestro estudio no hemos introducido esta variable, no obstante, sí observamos una población más joven en tpd que en distimia.

A pesar del solapamiento entre distimia y tpd, muchos seguimos pensando que son categorías distintas (12, 23, 50-53).

Muchos pacientes con tpd no tienen el ánimo depresivo persistente y/o síntomas somáticos o vegetativos de la distimia (12, 54), y la distimia es muy heterogénea respecto a rasgos y tp (26, 55). En las formas menos severas de distimia predominan los síntomas depresivos emocio-

nales-cognitivos y social-motivacional, sobre los neurovegetativos: tristeza y problemas de concentración/laxitud por un lado, y síntomas ansiosos (somáticos y psíquicos) (38). Como síntomas cognitivos más característicos se han visto: baja autoestima y pobre concentración (56, 57). Nosotros observamos más frecuencia de baja autoestima en el tpd (respecto a la distimia), y los únicos aspectos cognitivos-motivacionales que destacan en la distimia, y que no tiene diferencias con el tpd, son: autocrítico, moralista, reactividad negativa, serio, abnegado y contradependiente.

Además podemos separar más dentro de la distimia: una variante «neurasténica», con baja energía, pobre concentración y poca disforia; y otra con afectividad negativa, o tristeza más ansiedad (sobre todo la psíquica) (38). El apéndice del DSM-IV de la distimia, con criterios B alternativos (manifestaciones cognitivo-emocionales) se parece a la definición de la distimia del CIE-10: trastorno subafectivo sin síntomas vegetativos mayores de la depresión.

Akiskal (58) defiende la variante temperamental, constitucional, de trastorno afectivo de la distimia, dentro del continuum de los trastornos afectivos. Para él, la heterogeneidad clínica de los trastornos depresivos se debe a cambios patoplásticos, achacables a: edad, edad de inicio, sexo, temperamento, ansiedad concurrente, factores culturales y/o abuso de sustancias (14).

El hecho de que en estudios familiares (59) se vean en los distímicos más AF de distimia y tpd que en dm; y que la distimia precoz se asocie más a tp que la dm (26), nos puede indicar que la distimia se acerca más al tp que a lo afectivo, aunque un grupo de ellas pudiera tener un subgrupo afectivo biológico. Menchón et al (60) postulan que un tp subyace como generador de patología en la distimia, y sólo un subgrupo pequeño de ésta tiene base afectiva biológica. Opinan estos autores que el tp no tiene que ser sólo del grupo B.

Las limitaciones de este estudio se refieren al tamaño de la muestra. Inicialmente pudiera parecer adecuada (119 pacientes), pero tratando de buscar grupos tpd y distímicos puros, se ha reducido. Aun así se puede decir que los resultados afectan a estos subgrupos, y no se solapan. Habitualmente en otros estudios se mezclan los pacientes depresivos (distímicos y con tpd), y además no se evalúan fuera del episodio depresivo (como en este caso). Otra limitación puede ser la muestra clínica, que es de trastornos afectivos, con el posible sesgo. No obstante, los resultados de las evaluaciones no se conocerán hasta el análisis estadístico final, con lo que se reduce la tendencia a esa «inflación» de casos.

Se puede concluir que el tpd y la distimia son entidades diagnósticas distintas, a pesar de su parcial solapamiento. Se aboga porque en futuras clasificaciones internacionales se mantengan separadas. El análisis dimensional de ambas será objeto de posteriores publicaciones (pertenecientes a este mismo estudio). La investigación futura debería buscar diferencias biológicas, y continuar con diseños longitudinales, sin la contaminación del estado depresivo. No es lo mismo tratar un paciente depresivo que hacerlo a un trastorno de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modestin J, Oberson B, Erni T. Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:424-30.
2. Fabrega H Jr, Ulrich R, Pilkonis P, Mezzich J. On the homogeneity of personality disorder clusters. *Compr Psychiatry*, 1991;32:373-86.
3. Lyons MJ, Tyrer P, Gunderson J, Tohen M. Especial feature: Heuristic models of comorbidity of axis I and axis II disorders. *J Pers Disord* 1997;11:260-9.
4. Andrews G, Neilson M, Hunt C, Stewart G, Kiloh LG. Diagnosis, personality and the long-term outcome of depression. *Br J Psychiatry* 1990;157:13-8.
5. Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B, Tyrer J. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:201-6.
6. Blashfield R, Noyes R, Reich J, Woodman C, Cook BL, Garvey MJ. Personality disorder traits in generalized anxiety and panic disorder patients. *Compr Psychiatry* 1994;35:329-34.
7. Noyes RJ, Woodman CL, Holt CS, Reich JH, Zimmerman MB. Avoidant personality traits distinguish social phobic and panic disorder subjects. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:145-53.
8. Hoffart A, Thornes K, Hedley LM. DSM-III-R Axis I and II disorders in agoraphobic inpatients with and without panic disorder before and after psychosocial treatment. *Psychiatry Res* 1995;56:1-9.
9. Mclean P, Woody S. Commentary on depressive personality disorder: a false start. En: Livesley WS, ed. *DSM-IV personality disorders*. New York: Guilford Press; 1995. p. 301-11.
10. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol* 1994;103:103-16.
11. Shea MT, Hirschfeld RMA. Chronic mood disorder and depressive personality. *Psychiatric Clin North Am* 1996;19:103-20.
12. Klein DN. Depressive personality: reliability, validity, and relation to dysthymia. *J Abnorm Psychol* 1990;99:412-21.
13. Phillips KA, Gunderson JG, Kimball CR, Triebwasser J, Faedda G. An empirical study of depressive personality. Paper presented at the 145th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Washington DC; 1992.
14. Akiskal HS, Cassano GB. *Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York-London; 1997.
15. Gunderson JG, Phillips KA, Triebwasser J, Hirschfeld RM. The Diagnostic Interview for Depressive Personality. *Am J Psychiatry* 1994;151:1300-4.
16. Tyrer P, Seivewright N. Studies of outcome. En: Tyrer P. *Personality Disorders; Diagnosis, Management and course*. London: Wright; 1988. p. 119-36.
17. Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord Spring Suppl*; 1993. p. 63-85.
18. Millon T, Davis R. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond: 2nd ed.* New York: Wiley; 1996.
19. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFQ. Cuestionario «Big Five». Madrid. TEA. Publicaciones de Psicología Medica; 1995.
20. Costa PT Jr, McCrae RR. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Personal Disord* 1990;4:362-71.
21. Spitzer R, Williams JBV, Gibbon M. *Structured Interview for DSM-III-R personality disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1987.
22. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. *Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990.
23. Sato T, Sakado K, Uehara T, Sato S, Nishioka K, Kasahara Y. Personality disorder diagnoses using DSM-III-R in a Japanese clinical sample with major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:451-3.
24. Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JE. Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:579-82.
25. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatr Res* 1992;42:93-9.
26. Pepper C, Klein D, Anderson RL, Riso LP, Ouimette, PC, Lizardi H. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry* 1995; 152:239-47.
27. Irastorza LJ. Depressive personality disorder and dysthymia: clinical differentiation (en prensa); 2001.
28. Lyoo K, Gunderson JG, Phillips KA. Personality dimensions associated with depressive personality disorders. *J Pers Disord* 1998;12:46-55.
29. Henderson DK. *Psychopathic States*. New York: Norton; 1939.
30. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151:1316-23.
31. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. 1997. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997;154:1715-9.
32. Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, Sullivan PF. Early deficient parenting in depressed outpatients in associated with personality dysfunction and not with depression subtypes. *J Affect Disord* 1999;54:29-37.
33. Vogt T, Pope C, Mullooly J, Hollis J. Mental health status as a predictor of morbidity and mortality: a 15-year follow-up of members of a health maintenance organization. *Am J Public Health* 1994;84:227-31.
34. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Rosnick L, Davies M. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two semistructured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992;149:213-20.
35. Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *J Personal Disord* 1998;12:302-15.

36. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:571-8.
37. Nestadt G, Romanovski AJ, Samuels JF, Folstein MF, Mchugh PR. The relationship between personality and DSM-III Axis I disorders in the population: results from an epidemiological survey. *Am J Psychiatry* 1992;149:1228-33.
38. Serretti A, Jori MC, Casadei G, Ravizza L, Smeraldi E, Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *J Affective Disorders* 1999;56:17-25.
39. O'Toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson, M. Posttraumatic stress disorder and comorbidity in Australian Vietnam veterans: risk factors, chronicity and combat. *Aust NZJ Psychiatry* 1998;32:32-42.
40. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino ME, Haynes MC, Gunderson JG. Violence in the lives of adult borderline patients. *J Nerv Mental Dis* 1999;187:65-71.
41. Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993;147:1014-7.
42. Sherwood RJ, Funari DJ, Piekarski AM. Adapted character styles of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychol Reports* 1990;66:623-31.
43. Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:1308-12.
44. Skodol AE, Gallaher PE, Oldham JM. Excessive dependency and depression: is the relationship specific? *J Nerv Mental Dis* 1996;184:165-71.
45. Tyrer P. Personality disorders. Diagnosis, management and course. 2º ed. Oxford BH; 2000. p. 126-32.
46. Lott VM, Dunner DL. Depression and axis II disorders: comorbidity and relationship to cooperativeness. *Depress Anxiety* 1997;4:268-72.
47. Alnaes R, Torgensen S. The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an out-patient population. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:485-92.
48. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991;148:967-75.
49. Klein DN, Schatzberg AF, Mccullough JP, Dowling F, Goodman D, Howland RH, et al. Age of onset in chronic major depression: relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *J Affect Disord* 1999;55:149-57.
50. Frances A, Cooper AM. Descriptive and dynamic psychiatry: a perspective on DSM-III. *Am J Psychiatry* 1981;138:1198-202.
51. Gunderson J. DSM-III diagnoses of personality disorders. En: Frosch JP, ed. *Current perspectives on personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1983. p. 20-39.
52. Kernberg OE. Clinical dimensions of masochism. *J Am Psychoanal Assoc* 1988;36:1005-29.
53. Phillips KA, Gunderson JG, Hirschfeld RM, Smith LE. A review of the depressive personality. *Am J Psychiatry* 1990;147:830-7.
54. Goldstein WN, Anthony RN. The diagnosis of depression and the DSMs. *Am J Psychother* 1988;42:180-96.
55. Akiskal HS. Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 1983;140:11-20.
56. Akiskal H, Rosenthal T, Haykal R, Lemmi H, Rosenthal R, Scott-Strauss A. Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating «subaffective dysthymias» from «character spectrum» disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:777-83.
57. Keller M, Klein D, Hirschfeld R, Kocsis J, Mccullough J, Miller I, et al. Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am J Psychiatry* 1995;152:843-9.
58. Akiskal H. Dysthymia as a temperamental variant of affective disorder. *Eur Psychiatry* 1996;11(Supl 3):117-22.
59. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwartz JE, Anderson RL, Ouimette PC, et al. Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:487-96.
60. Menchón JM, Vallejo J. *Distimia*. En: *Trastornos del humor*. Madrid: Ed Med Panamericana; 2000.

Correspondencia:
 Luis Javier Irastorza Eguskiza
 Paseo de Acacias, 30, ptal. 4-7º B
 28005 Madrid
 E-mail: lj73mj37@terra.es