

ORIGINAL

## Comorbilidad depresiva en los trastornos de la personalidad

Miriam Vilaplana<sup>a</sup>, Kathryn McKenney<sup>b</sup>, María D. Riesco<sup>c</sup>, Jaume Autonell<sup>a</sup>  
y Jorge A. Cervilla<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> CIBERSAM Sant Joan de Déu, Servicios de Salud Mental, Vilanova i la Geltrú, Barcelona, España

<sup>b</sup> CIBERSAM Granada, Centro Investigaciones Biomédicas, PTS, Granada, España

<sup>c</sup> Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona, España

Recibido el 21 de enero de 2009; aceptado el 31 de julio de 2009

### PALABRAS CLAVE

Trastornos de personalidad;  
Trastornos depresivos;  
Comorbilidad;  
Pronóstico

### Resumen

**Introducción:** Nuestro objetivo fue investigar las asociaciones entre *clusters* de trastornos de personalidad (TP), trastornos del estado de ánimo (TA), funcionalidad y el uso de servicios de salud.

**Métodos:** Éste es un estudio de registro de todos los casos diagnosticados con un TP detectado clínicamente en uno de los siete equipos de salud mental de un área bien definida de la provincia de Barcelona. Los diagnósticos DSM-IV fueron establecidos por psiquiatras bien entrenados. También se recogieron datos sobre variables sociodemográficas, estado funcional (GAF) y sobre uso de los recursos de salud mediante un método sistemático computarizado. Realizamos análisis estadísticos no paramétricos univariados.

**Resultados:** Encontramos un mayor porcentaje de trastorno depresivo (TD) entre pacientes del *cluster C* (17%), seguido del *cluster A* (10%) y el B (9,8%). En cuanto a la comorbilidad entre *cluster* de TP y trastorno distímico, encontramos que la prevalencia era mayor para pacientes del *cluster B* (23,7%) que del C (20,2%) o del A (7,1%). Cuando se consideraban ambos TA juntos, encontramos que la mayor prevalencia aparecía en pacientes del *cluster C* (36,87%), seguido del *cluster B* (33,5%) y del A (17,1%). Los pacientes de *cluster A* mostraban peor funcionamiento y visitaban con mayor frecuencia los hospitales.

**Conclusiones:** Se encontró una alta comorbilidad entre todos los TA analizados y los trastornos de personalidad; esta asociación fue especialmente importante en el *cluster C*. © 2009 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia

Correo electrónico: [jacb@ugr.es](mailto:jacb@ugr.es) (J.A. Cervilla).

**KEYWORDS**

Personality disorders;  
Depressive disorders;  
Comorbidity;  
Prognosis

**Depressive comorbidity in personality disorders****Abstract**

**Introduction:** We aimed to investigate the nature of the associations between PD clusters and MDs, functionality and mental health services use.

**Methods:** This is a case register study of all cases with a diagnosis of PD detected clinically in a well-defined area in the province of Barcelona covered by 7 Community Mental Health Teams. DSM-IV diagnoses were established by fully trained psychiatrists. Data was also gathered on socio-demographic variables; functional status (GAF) and data on use of health resources, using a systematic computerized method. We performed a non-parametric univariate statistical analysis.

**Results:** We found a higher percentage of major depressive disorder (MDD) among cluster C patients (17%), followed by cluster A (10%) and cluster B (9, 8%). As for the comorbidity between PD clusters and dysthymic disorder, we found that the prevalence was higher among cluster B patients (23,7%) than cluster C (20,2%) or cluster A (7,1%). When considering both MDs together, we found the highest prevalence among cluster C patients (36,87%), followed by cluster B (33,5%) and cluster A (17,1%). Cluster A patients showed worse functioning and visited hospitals most.

**Conclusions:** A high comorbidity between all MDs analyzed and personality disorders was found, being particularly prominent among cluster C PDs.

© 2009 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Los trastornos de la personalidad son entidades psicopatológicas que comportan patrones de conducta inadaptada y afectan a todas las áreas de las relaciones intrapersonales e interpersonales; se asocian a menudo a trastornos mentales del eje I, sobre todo trastornos depresivos y de ansiedad<sup>1</sup>. La comorbilidad entre los trastornos de la personalidad (TP) y los trastornos del estado de ánimo (TA) es un fenómeno complejo con el que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental han de enfrentarse a menudo. Ciertos conceptos acerca de la relación entre TA y TP parecen estar bastante aceptados. Muchos rasgos del TP se han identificado como factores de riesgo para los trastornos depresivos<sup>2-11</sup> y es bien conocido también que el tratamiento de los pacientes con un TA es menos eficaz cuando éstos sufren también un TP<sup>10,12-19</sup>.

Uno de los TA que se asocia con mayor frecuencia a los TP es el trastorno depresivo mayor (TDM). Con frecuencia hay comorbilidad con otros trastornos del eje I y II<sup>20-25</sup>. Varios estudios se han centrado en los efectos que tiene el TP en la evolución clínica, el curso y el tratamiento de los trastornos depresivos<sup>10,12-16,18,19,26-28</sup>. Aunque los estudios de prevalencia muestran una gran dispersión de los resultados en función del tipo de diseño, la muestra y los instrumentos utilizados en la evaluación (tabla 1), en general, la prevalencia descrita de la comorbilidad entre TDM y TP ha sido de entre el 6 y el 87%. El TP que se asocia con mayor frecuencia al TDM depende de los *clusters*, tal como se muestra en la figura 1. Se ha indicado que la influencia del TP en el TDM afecta a aspectos clínicos como: inicio más temprano de los síntomas depresivos<sup>1,10,29-33</sup>, mayor tiempo hasta la respuesta al tratamiento<sup>14-16,19,31,34-40</sup>, tasas de suicidio e intento de suicidio más elevadas<sup>10,12,30,41-44</sup> y episodios depresivos de mayor duración<sup>14,21,30,35,36,45</sup>, así como mayor frecuencia de

recaídas e ingresos hospitalarios<sup>30,34,36,43,46-48</sup>, menor apoyo social<sup>28,34,48-51</sup> y tasas elevadas de divorcio y separación<sup>10,14</sup>.

Por lo que respecta a la respuesta terapéutica, hay contradicciones entre estudios previos puesto que algunos afirman que hay una influencia limitada de las variables de la personalidad en la evolución del TDM<sup>27,28,52</sup>, sobre todo en el caso del *cluster C*<sup>42</sup>, mientras que la mayoría resalta una peor respuesta terapéutica a la psicoterapia y/o el tratamiento antidepresivo. Así pues, las tasas de respuesta oscilan entre el 20 y el 49% en los pacientes con TDM con TP comórbido, frente a una tasa superior, de un 49 a un 91% en los pacientes con TDM sin TP<sup>10,28,30,31,53-56</sup>.

Otro TA que se asocia con frecuencia al TP es la distimia<sup>53,57,58</sup>. Parece que la prevalencia de distimia a lo largo de la vida es de alrededor de un 3%, aunque es más alta en las mujeres (4%) que en los varones (2,2%)<sup>59</sup>, pero la prevalencia de la comorbilidad es muy elevada (65%-100%) cuando se asocia a otros trastornos de los ejes I y II<sup>53,57,58,60-62</sup>. Desde un punto de vista clínico, el TP en pacientes con distimia está ligado a una psicopatía general más grave, que se refleja en unas puntuaciones altas en la BDI y en la mayor parte de las escalas de MMPI<sup>57</sup>. Más concretamente, se ha observado una sintomatología depresiva más grave en distimia cuando se asocia a rasgos de personalidad del *cluster C*<sup>62,63</sup>, así como a la ansiedad<sup>58,62</sup>. Se ha observado una mala recuperación relacionada con rasgos de personalidad depresiva, TP del *cluster C* y estrés crónico<sup>58,62</sup>. La respuesta terapéutica en distimia varía en función de los estudios (entre el 20 y el 80%)<sup>62,64</sup>.

En resumen, la evidencia indica que el TP comórbido se asocia a efectos que pueden ser negativos en el curso, el tratamiento y la evolución del TA. Este estudio pretende aportar cierta luz sobre la relación entre TA y TP, mediante el examen de una amplia muestra clínica de pacientes ambulatorios, con la finalidad de comprender

**Tabla 1** Estudios de prevalencia más recientes en los que se ha explorado la relación entre los trastornos de personalidad y del estado de ánimo

Autor	Año	Diseño	Muestra
Abela et al	2003	Transversal	Individuos con TBP
Alnaes et al	1997	Transversal	Pacientes ambulatorios psiquiátricos
Casey et al	2004	Prospectivo	Muestra de la comunidad
Charney et al	1981	Transversal	Pacientes deprimidos
Comtois et al	1999	Transversal	Pacientes ambulatorios psiquiátricos
De la Fuente et al	2002	Transversal	Pacientes hospitalizados por TBP, con o sin DM coexistente, pacientes con DM, con o sin TBP
Farabaugh et al	2005	Transversal	Pacientes ambulatorios psiquiátricos con TDM
Fava et al	1996	Transversal	Pacientes que recibían tratamiento por depresión
Garyfallos et al	1996	Transversal	Pacientes ambulatorios con TDM y TD
Gunderson et al	2008	Prospectivo	Pacientes con TP
Johnson et al	2005	Prospectivo	Muestra de niños de la comunidad
Joyce et al	2003	Prospectivo	Pacientes deprimidos
Kool et al	2000	Transversal	Pacientes deprimidos
Morse et al	2005	Prospectivo	Pacientes que se recuperaban de un episodio depresivo mayor
Rossi et al	2001	Transversal	Pacientes con TDM y bipolares
Sanderson et al	1992	Transversal	Pacientes con TDM, TD o doble depresión
Stanley et al	2006	Transversal	Pacientes con TDM
Wiinamaki et al	2003	Prospectivo	Pacientes con TDM y comorbilidad de TP de <i>cluster C</i> , y pacientes con TDM

DM: depresión mayor; TBP: trastorno bipolar; TD: trastorno depresivo; TDM: trastorno depresivo mayor; TP: trastornos de personalidad.

mejor las implicaciones clínicas y de uso de servicios que tiene esta relación y sus diferencias entre los diversos *clusters* del TP.

## Material y métodos

### Muestra y diagnóstico

La muestra estaba formada por todos los pacientes con diagnóstico de cualquier TP que habían estado en contacto con alguno de los siete equipos de salud mental que forman parte de la red Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental entre enero de 2001 y 2003. Esta red presta servicios de salud mental en el sector público, en colaboración con el Servei Català de la Salut, en un área bien definida del sur de la provincia de Barcelona.

Un total de 1.657 pacientes fueron diagnosticados de un TP por psiquiatras clínicos mediante la aplicación de los criterios del DSM-IV-TR, y a 515 (31%) de ellos se les diagnosticó un TP no especificado, por lo que fueron excluidos del presente análisis. La muestra final estaba formada por 1.142 pacientes con un TP especificado.

### Diseño

Este es un estudio de registro de todos los casos detectados por una red de asistencia clínica especializada que fueron registrados mediante la historia clínica informatizada (HCI) del Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental (HCI SJD-SSM).

Puede consultarse una información más detallada sobre el programa HCI en otra publicación<sup>65</sup>.

### Variables evaluadas

Utilizamos tres variables de valoración diferentes, a saber: TDM, distimia o cualquiera de esos dos TA según el DSM-IV. Todos los diagnósticos de DSM-IV se establecieron mediante una evaluación clínica realizada por psiquiatras especialistas adecuadamente preparados que habían recibido también una formación específica en el uso del programa HCI SJD-SSM. Los diagnósticos de TP del DSM-IV se agruparon en los *clusters* A, B o C para el análisis. Se obtuvieron datos relativos a los factores sociodemográficos, la función global (medida con la escala GAF)<sup>66</sup> y el uso de servicios (visita ambulatoria, en servicio de urgencias o ingreso hospitalario).

### Análisis estadístico

Exploramos las asociaciones entre variables con el empleo de métodos univariados no paramétricos ( $\chi^2$  de Pearson).

## Resultados

### Descripción de la muestra

La muestra inicial la formaron 1.657 pacientes con TP, de los que 893 eran mujeres y 764, varones. La edad oscilaba entre 18 y 91 años, con una media ± desviación estándar de



Figura 1 Asociaciones con síndromes depresivos.

$43,70 \pm 15,46$  años. El número medio de visitas a cada uno de los centros fue 23,36, 1,37 y 5,31 para las clínicas ambulatorias, los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios, respectivamente. Por lo que respecta a las puntuaciones medias de la Global Functioning Scale (GAF), obtuvimos un valor de 28,44 para los pacientes con TP del *cluster A*, 46,16 para el *cluster B* y 51,25 para el *cluster C*. A 515 pacientes (31%) se les había diagnosticado un TP no especificado, y por lo tanto se los excluyó del análisis, puesto que constituyan un grupo no definido que no podía atribuirse a ninguno de los tres *clusters*. Al comparar a los pacientes excluidos con los que se tuvo en cuenta en el análisis, observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a que en los primeros había una tendencia a una mayor proporción de varones, una edad ligeramente inferior y una necesidad menos frecuente de asistencia a la clínica ambulatoria.

La muestra utilizada para el resto del análisis que se presenta aquí la formaron 1.142 pacientes con TP en los que había un TP específico. De ellos, un 43,9% ( $n = 501$ ) eran varones y un 56,1% ( $n = 641$ ), mujeres; la media de edad era de  $45,72 \pm 15,89$ . A 269 (23,55%) se les diagnosticó un TP de *cluster A* según el DSM-IV; a 590 (51,66%), un TP de *cluster B*, y a 279 (24,43%), un TP de *cluster C*. Del conjunto de pacientes incluidos en el *cluster A*, a un 48% ( $n = 129$ ) se les diagnosticó un TP paranoide; a un 36,1% ( $n = 97$ ), un TP esquizoide, y a un 16% ( $n = 43$ ), un TP esquizotípico. Por lo que respecta a los pacientes con un TP de *cluster B*, un 49,4% ( $n = 292$ ) tenía un TP histriónico; un 33% ( $n = 193$ ) tenía un TP límitrofe; un 10% ( $n = 59$ ) cumplía los criterios de TP antisocial, y un 8% ( $n = 46$ ), el de un TP narcisista. Y por último, de los pacientes con TP del *cluster C*, 135 (48,23%) tenían un diagnóstico de TP dependiente; 107 (38,65%), de TP obsesivo-compulsivo, y 37 (13,12%), de TP de evitación. En la figura 2 se presentan los datos relativos a la distribución de los diferentes TA.

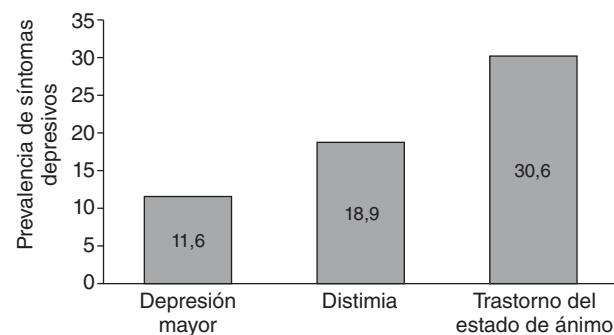
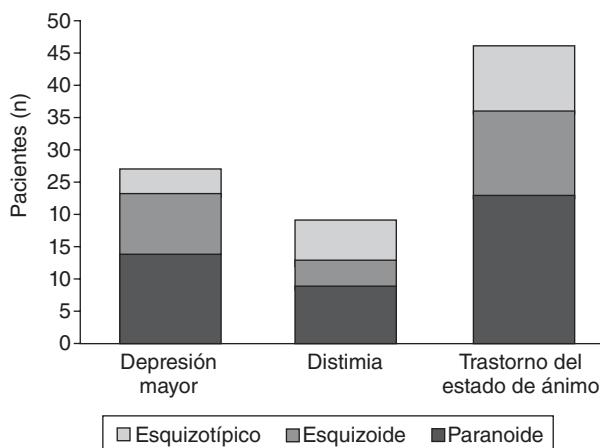


Figura 2 Proporción de individuos con un trastorno de la personalidad especificado que cumplen también los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo que analizamos.

### Resultados en los trastornos de la personalidad del *cluster A*

De los 1.142 pacientes incluidos en el análisis final, 269 tenían un TP del *cluster A*; un 10% de ellos presentaban también un diagnóstico de TDM de eje I; un 7,1%, una distimia, y un 17,1%, algún TA (o bien TDM o bien distimia). De los 27 pacientes (10%) que presentaban un TP del *cluster A* y un TDM, 14 tenían un TP paranoide de eje II, 9 un TP esquizoide y 4 un TP esquizotípico. Por lo que respecta a los 19 pacientes con distimia, 9 cumplían los criterios del DSM-IV-TR para un TP paranoide, 4 para un TP esquizoide y 6 para un TP esquizotípico. Y finalmente, de los 46 (17,1%) pacientes de este grupo de TP con un diagnóstico de TA del eje I, en 23 observamos un TP paranoide, en 13 un diagnóstico de TP esquizoide y en 10 un TP esquizotípico (fig. 3).



**Figura 3** Analizamos el número de pacientes con trastornos de personalidad (TP) del *cluster A* que cumplen los criterios de alguno de los trastornos del estado de ánimo, divididos en los diferentes TP.

#### Resultados en los trastornos de la personalidad del *cluster B*

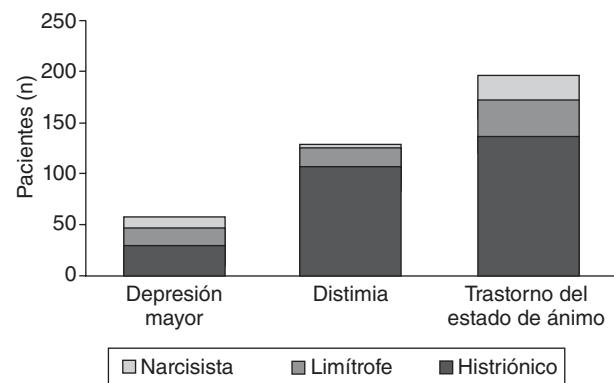
En el análisis de los 590 pacientes de nuestra muestra que presentaban alguno de los 4 TP del *cluster B*, observamos que un 9,83% ( $n = 58$ ) tenía también un TDM de eje I del DSM-IV-TR, un 23,72% ( $n = 140$ ) tenía distimia y un 33,55% algún TA (o bien TDM o bien distimia).

En el 9,83% de los pacientes con un TDM y algún TP del *cluster B*, observamos que un 51,72% ( $n = 30$ ) de ellos presentaban un TP histriónico de eje II histriónico, un 29,31% ( $n = 17$ ) tenía un diagnóstico de TP limítrofe y un 18,96% ( $n = 11$ ), un TP narcisista. Al analizar la prevalencia de distimia en este grupo de TP, observamos un porcentaje superior de este trastorno del eje I en los pacientes con TP histriónico ( $n = 106$ ), seguidos de los que tenían un TP limítrofe ( $n = 19$ ). Por lo que respecta a los pacientes con un TP narcisista o antisocial, observamos que la prevalencia de estos trastornos era mínima (el 2 y el 8,6%, respectivamente).

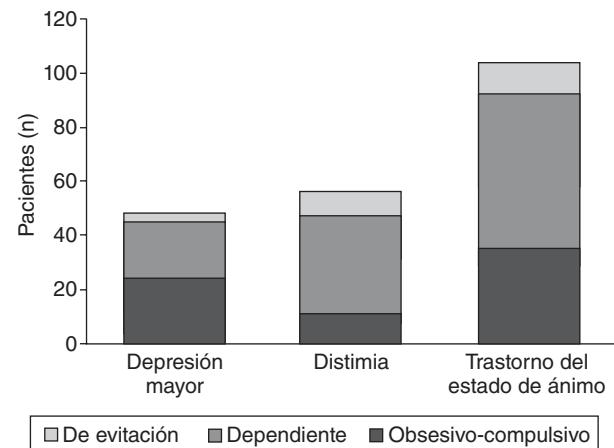
En el 33,5% de los pacientes incluidos en este grupo con algún TA, observamos que 3 tenían un TP antisocial; 36, un TP limítrofe; 136, un TP histriónico, y 23, un TP narcisista (fig. 4).

#### Resultados en los trastornos de la personalidad del *cluster C*

Al estudiar la prevalencia del TDM, la distimia o ambos TA en el *cluster C*, observamos que del 17,02% ( $n = 48$ ) de los pacientes que presentaban un TDM, el 50% ( $n = 24$ ) tenía un TP obsesivo-compulsivo; el 43,75% ( $n = 21$ ), un TP dependiente, y el 6,25% ( $n = 3$ ), un TP de evitación. Del 20,2% ( $n = 56$ ) de los pacientes que presentaban distimia, el 64,28% ( $n = 36$ ) tenía un TP dependiente; el 19,64% ( $n = 11$ ), un TP obsesivo-compulsivo, y el 16,07% ( $n = 9$ ), un TP de evitación. Por lo que respecta al 36,87% ( $n = 104$ ) de los pacientes con cualquiera de los TA citados, observamos que



**Figura 4** Analizamos el número de pacientes con trastornos de personalidad (TP) del *cluster B* que cumplen los criterios de alguno de los trastornos del estado de ánimo, divididos en los diferentes TP.



**Figura 5** Analizamos el número de pacientes con trastornos de personalidad (TP) del *cluster C* que cumplen los criterios de alguno de los trastornos del estado de ánimo, divididos en los diferentes TP.

35 cumplían los criterios de un TP obsesivo-compulsivo; 57, los de un TP dependiente, y tan sólo 12, los de un TP de evitación (fig. 5).

#### Resultados globales y comparaciones entre los *clusters*

Al comparar a los pacientes con cualquiera de los TA (TDM, distimia o ambos) mediante el empleo de tablas de contingencia, observamos que tanto el TDM como cualquier TA (o bien TDM o bien distimia) tenían una prevalencia superior en el *cluster C*, mientras que la distimia era más prevalente en el *cluster B*. Estas diferencias observadas en la prevalencia resultaron estadísticamente significativas al analizarlas con la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson, con un valor de  $p < 0,005$  en todos los casos (tabla 2).

**Tabla 2** Análisis del trastorno depresivo mayor (TDM), del estado de ánimo (TA) y la distimia en los diferentes *clusters* de trastornos de la personalidad (TP)

Cluster de TP	Sin TDM	Con TDM
Cluster A	90%	10%
Cluster B	90,2%	9,8%
Cluster C	83%	17%
$\chi^2$ de Pearson	Sig. asint. (bilateral)	p = 0,005
Cluster de TP	Sin distimia	Con distimia
Cluster A	92,9%	7,1%
Cluster B	76,3%	23,7%
Cluster C	79,8%	20,2%
$\chi^2$ de Pearson	Sig. asint. (bilateral)	p = 0,0001
Cluster de TP	Sin TA	Con TA
Cluster A	82,9%	17,1%
Cluster B	66,5%	33,5%
Cluster C	62,8%	37,2%
$\chi^2$ de Pearson	Sig. asint. (bilateral)	p = 0,0001

Esta tabla de contingencia muestra que tanto el TDM como el TA tienen su máxima prevalencia en los TP de *cluster C*, mientras que la distimia tiene una prevalencia mayor en el *cluster B*. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en el análisis realizado con la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson.

### Clusters de personalidad y función

Los pacientes del *cluster B* tendían a tener una media de visitas más alta, puesto que a lo largo del período de 3 años en servicios de urgencia fue de 3,16 veces y de visitas ambulatorias de 30,72 veces.

En cambio, el *cluster A* fue el que mostró una media más alta de días de ingreso en hospital de día o en planta (18,61 y 9,17, respectivamente). El *cluster A* mostró también una funcionalidad global significativamente inferior, con una puntuación media de 31,71.

### Discusión

Nuestro objetivo fue investigar la naturaleza de las asociaciones entre los *clusters* de TP y los TA, la funcionalidad y el uso de los servicios de salud mental. Nuestros resultados tienen la ventaja de aportar una evidencia empírica sobre estas asociaciones según lo observado en una muestra clínica de TP. Observamos que los TA son, en general, frecuentes en el TP y que era especialmente así en lo relativo a los *clusters B* y *C*. También observamos, tal como cabía prever clínicamente, que los pacientes del *cluster B* acudían a las clínicas ambulatorias y los servicios de urgencias con una frecuencia significativamente mayor, mientras que los pacientes del *cluster A* tenían mayor frecuencia de ingresos y peor funcionalidad general. La principal ventaja del estudio es la muestra relativamente grande de pacientes, a los que

en todos los casos se había diagnosticado un TP como diagnóstico principal, independientemente de que tuvieran o no un diagnóstico adicional de eje I. El estudio tiene también varias limitaciones que son características de los estudios basados en historias clínicas, aunque nuestro sistema computerizado de HCI aportara datos obtenidos de forma bastante sistemática por psiquiatras especialistas que habían recibido una formación homogénea. No obstante, los resultados no deben extrapolarse, puesto que la muestra utilizada tiene una clara sobreselección y procede de un conjunto de pacientes de asistencia secundaria.

Observamos que, del total de la muestra, incluidos los pacientes con TP no especificado (un 31% de la muestra), en los pacientes con un diagnóstico de *cluster A* (un 16,29% de la muestra total) el TA más frecuente fue el TDM, cosa que no sucede en los otros dos *clusters*; en el *cluster B* (el 35,66% de la muestra) y en el *cluster C* (el 17,02% de la muestra) hubo una frecuencia mayor de distimia. Esto concuerda con lo indicado en la literatura<sup>57</sup>. Lo mismo ocurre al analizar todos los TP como un solo grupo, es decir, se aprecia que la distimia se da en el 18,9% del total de los pacientes, con independencia de cuál sea el *cluster* de personalidad en el que se incluyan, mientras que el TDM se da tan sólo en el 11,6% del total de los pacientes. Los pacientes con un diagnóstico de TP de *cluster A* eran los menos frecuentes (un 16,29% de la muestra). El hecho de que hayamos observado una prevalencia inferior de distimia en nuestra muestra no respalda lo observado en estudios previos<sup>61</sup>. Según estos autores, los pacientes con distimia presentan más trastornos del *cluster A*. Sin embargo, Kool et al (2000) consideraron en su análisis el TDM y la doble depresión, es decir, tanto TDM como distimia, y no la distimia sola, y esto podría explicar en parte la diferencia respecto a nuestros resultados, puesto que nosotros lo analizamos por separado. Que nosotros sepamos, no hay otros estudios que hayan obtenido los mismos resultados que Kool et al (2000), mientras que son numerosos los que respaldan los nuestros. En este *cluster*, al analizar la presencia de cualquier tipo de TA, observamos que los pacientes con un TP paranoide son los más frecuentes, tal como se había apuntado anteriormente.

El TP del *cluster B* fue el más frecuente, el doble de lo observado en los otros dos *clusters*. La mayor parte de los pacientes con TA de este *cluster* presentaban un trastorno histriónico o límitrofe, observación similar a la descrita en otro estudio<sup>1</sup>. Debemos decir que, en la literatura, estos dos trastornos se han observado tan sólo en la depresión no melancólica<sup>31,67</sup>, y puesto que nosotros no hemos diferenciado los diferentes tipos de depresión, es posible que estos TP estén sobrerepresentados, tal como han observado otros autores<sup>1</sup>. De todos modos, no hemos encontrado ningún otro estudio similar que haya identificado una prevalencia tan alta de pacientes histriónicos, puesto que normalmente el más frecuentemente asociado al TA en este *cluster* es el trastorno límitrofe<sup>1,68</sup>. También en el *cluster B* observamos una prevalencia claramente superior de pacientes con distimia, que afectaba al 23,7% del total.

Por lo que respecta a los pacientes con un diagnóstico de *cluster C*, podemos señalar que siguen un patrón de comorbilidad muy similar al observado en los pacientes del *cluster B*, es decir, tienen mayor comorbilidad de distimia que

de TDM. El TP diagnosticado con mayor frecuencia en este *cluster* fue el TP dependiente, lo cual valida nuevamente nuestro método, puesto que se ha descrito en muchos estudios<sup>69-71</sup>. Tiene interés y pone de relieve la importancia de explorar la comorbilidad de estado de ánimo en el TP el hecho de que se haya descrito de manera uniforme que los pacientes con un TA que presentan también un TP del *cluster C* tienen peor respuesta al tratamiento, tardan más en responder y tienen mayor probabilidad de evolucionar a la cronicidad<sup>6,13,40,72,73</sup>.

Por último, nuestros resultados sobre la funcionalidad comparativa están dentro de lo esperable, de tal manera que la función de los pacientes del *cluster A* es significativamente peor y requiere más ingresos hospitalarios, lo cual pone de manifiesto la mayor gravedad de algunos de estos TP, como los de tipo paranoide<sup>74</sup>. Los resultados que presentamos aquí aportan algo de luz respecto al conocimiento de la comorbilidad entre los ejes I y V con el TP y el TA, al tiempo que resaltan la importancia de una evaluación general del TP, puesto que la comorbilidad comporta implicaciones importantes en el tratamiento y los resultados globales.

## Bibliografía

1. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord.* 1996;37:157-70.
2. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry.* 1991;159:106-14.
3. Boyce P, Mason C. An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Aust N Z J Psychiatry.* 1996;30:90-103.
4. Christensen MV, Kessing LV. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nord J Psychiatry.* 2006;60:79-88.
5. Duberstein PR, Palsson SP, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychol Med.* 2008;38:663-71.
6. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Res.* 2005;136:113-21.
7. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R. Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. *J Affect Disord.* 1992;24:153-63.
8. Marchesi C, Bertoni S, Cantoni A, Maggini C. Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychol Med.* 2008;38:1717-22.
9. Matsudaira T, Kitamura T. Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *J Clin Psychol.* 2006;62:97-109.
10. Pföhl B, Stangl D, Zimmerman M. The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *J Affect Disord.* 1984;7:309-18.
11. Sakado K, Sato T, Uehara T, Sakado M, Kuwabara H, Someya T. The association between the high interpersonal sensitivity type of personality and a lifetime history of depression in a sample of employed Japanese adults. *Psychol Med.* 1999;29:1243-8.
12. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry.* 2003;44:35-43.
13. Morse JQ, Pilkonis PA, Houck PR, Frank E, Reynolds CF III. Impact of cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:808-14.
14. Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry.* 2002;159:359-71.
15. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry.* 2006;188:13-20.
16. Quilty LC, De Fruyt F, Rolland JP, Kennedy SH, Rouillon PF, Bagby RM. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2008;108:241-50.
17. Reich JH, Vasile RG. Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181:475-84.
18. Sato T, Sakado K, Sato S, Morikawa T. Cluster a personality disorder: a marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Res.* 1994;53:153-9.
19. Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60:857-68.
20. Gregory RJ. Axis I disorders are common in people with severe borderline personality disorder, but decrease with time. *Evid Based Ment Health.* 2005;8:50.
21. Petersen T, Hughes M, Papakostas GI, Kant A, Fava M, Rosenbaum JF, et al. Treatment-resistant depression and Axis II comorbidity. *Psychother Psychosom.* 2002;71:269-74.
22. Pirkis JE. Borderline personality disorder, drug use disorder, and worsening depression or substance abuse are significant predictors of suicide attempts in people with Axis I and II disorders. *Evid Based Ment Health.* 2004;7:25.
23. Reich J. The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *J Personal Disord.* 2003;17:387-405.
24. Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, et al. Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol.* 2004;113:499-508.
25. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2108-14.
26. Berlanga C, Heinze G, Torres M, Apiquian R, Caballero A. Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *Psychiatr Serv.* 1999;50:376-80.
27. Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T, Jonker K, Hoencamp E, Haffmans PM, et al. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *J Affect Disord.* 2007;104:119-26.
28. Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, et al. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry.* 1990;147:711-8.
29. Abrams RC, Alexopoulos GS, Young RC. Geriatric depression and DSM-III-R personality disorder criteria. *J Am Geriatr Soc.* 1987;35:383-6.
30. Black DW, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study. *J Affect Disord.* 1988;14:115-22.
31. Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM. Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry.* 1981;138:1601-4.
32. Mulder RT, Joyce PR, Luty SE. The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:259-64.

33. Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S. Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:237-42.
34. Duggan CF, Lee AS, Murray RM. Does personality predict long-term outcome in depression? *Br J Psychiatry.* 1990;157:19-24.
35. Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Gunderson JG, et al. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:78-85.
36. Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:381-91.
37. Kool S, Schoevers R, De Maat S, Van R, Molenaar P, Vink A, et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2005;88:269-78.
38. Kronmuller KT, Backenstrass M, Reck C, Kraus A, Fiedler P, Mundt C. [Effect of personality factors and structure on the course of major depression]. *Nervenarzt.* 2002;73:255-61.
39. Rothschild L, Zimmerman M. Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study. *J Personal Disord.* 2002;16:293-303.
40. Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Kuisma S, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *J Affect Disord.* 2002;71:35-41.
41. Abreu P, Zimmermann PR, Ceitlin LH, Petrillo MI, Prates de Lima L, Olichowski A, et al. [Co-morbidity of affective disorders and personality disorders]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1991;19:81-7.
42. Brieger P, Ehrt U, Bloeink R, Marneros A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:304-9.
43. Cheour M, Tabbene K, Khiari G, Douki S. [Influence of personality disorder on the course of manic-depressive illness]. *Encephale.* 1999;25:73-6.
44. Stankovic Z, Saula-Marojevic B, Potrebitic A. Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatr Danub.* 2006;18:159-68.
45. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:1049-56.
46. Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:336-42.
47. Gunderson JG, Stout RL, Sanislow CA, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, et al. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *J Affect Disord.* 2008;111:40-5.
48. Ramkitt M, Ekselius L. Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J Affect Disord.* 2003;75:35-42.
49. Bronisch T, Hecht H. Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features. *J Affect Disord.* 1990;20:151-7.
50. Casey P, Meagher D, Butler E. Personality, functioning, and recovery from major depression. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184:240-5.
51. Spijker J, De Graaf R, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Ormel J. Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? *Depress Anxiety.* 2007;24:472-8.
52. Newman JR, Ewing SE, McColl RD, Borus JS, Nierenberg AA, Pava J, et al. Tridimensional personality questionnaire and treatment response in major depressive disorder: a negative study. *J Affect Disord.* 2000;57:241-7.
53. Block JH, Gjerde PF, Block JH. Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: a prospective study. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60:726-38.
54. Patience DA, McGuire RJ, Scott AI, Freeman CP. The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. *Br J Psychiatry.* 1995;167:324-30.
55. Peselow ED, Robins CJ, Sanfilipo MP, Block P, Fieve RR. Sociotropy and autonomy: relationship to antidepressant drug treatment response and endogenous-nonendogenous dichotomy. *J Abnorm Psychol.* 1992;101:479-86.
56. Reich JH. Effect of DSM-III personality disorders on outcome of tricyclic antidepressant-treated nonpsychotic outpatients with major or minor depressive disorder. *Psychiatry Res.* 1990;32:175-81.
57. Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, et al. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99:332-40.
58. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res.* 1992;42:93-9.
59. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am J Psychiatry.* 1988;145:815-9.
60. Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestadt G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety.* 2004;20:92-7.
61. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, De Jonghe F. Major depression, double depression and personality disorders. *J Personal Disord.* 2000;14:274-81.
62. Pepper CM, Klein DN, 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.
63. Hayden EP, Klein DN. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1864-70.
64. Howland RH. Pharmacotherapy of dysthymia: a review. *J Clin Psychopharmacol.* 1991;11:83-92.
65. De Portugal E, Gonzalez N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry.* 2008;23:125-33.
66. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.<sup>a</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
67. Davidson J, Miller R, Strickland R. Neuroticism and personality disorder in depression. *J Affect Disord.* 1985;8:177-82.
68. Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79:363-9.
69. Boyce P, Parker G, Hickie I, Wilhelm K, Brodaty H, Mitchell P. Personality differences between patients with remitted melancholic and nonmelancholic depression. *Am J Psychiatry.* 1990;147:1476-83.
70. Sato T, Sakado K, Sato S. DSM-III-R personality disorders in outpatients with non-bipolar depression: the frequency in a sample of Japanese and the relationship to the 4-month outcome under adequate antidepressant therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993;242:273-8.
71. 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;10:175-82.
72. Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study. *J Personal Disord.* 2007;21:371-83.
73. Viinamaki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. *J Personal Disord.* 2003;17:341-50.
74. Alnaes R, Torgersen S. DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178:693-8.
75. Abela JR, Payne AV, Moussaly N. Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2003;17:319-29.
76. Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:752-8.
77. De la Fuente JM, Bobes J, Vizuete C, Mendlewicz J. Biological nature of depressive symptoms in borderline personality disorder: endocrine comparison to recurrent brief and major depression. *J Psychiatr Res.* 2002;36:137-45.
78. Farabaugh A, Fava M, Mischoulon D, Sklarsky K, Petersen T, Alpert J. Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Compr Psychiatry.* 2005;46:266-71.
79. 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.