

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica



**PERSONALIDAD DEPRESIVA : CONCEPTO Y
DIFERENCIACIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ENTRE TRASTORNO DE PERSONALIDAD
DEPRESIVA Y DISTIMIA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Luis Javier Irastorza Eguskiza

Bajo la dirección del doctor

Alfredo Calcedo Ordóñez

Madrid, 2012

ISBN: 978-84-695-3322-2

©Luis Javier Irastorza Eguskiza, 2000

T 24648

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

TESIS DOCTORAL



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

5314062470

TITULO :

PERSONALIDAD DEPRESIVA: CONCEPTO Y DIFERENCIACION

Diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad depresiva y distimia.

Doctorando:

Luis Javier Irastorza Eguskiza
Psiquiatra del CSM Arganda

Director de la Tesis:

Prof. Alfredo Calcedo Ordoñez
Catedrático Psiquiatría Universidad Complutense Madrid
Jefe Departamento Psiquiatría Hospital Gregorio Marañón.

Colaboradores:

Estadística: Prof. Pedro Juez Martel.
Vicedecano UNED Facultad Económicas Madrid.



AGRADECIMIENTOS

Agredezco al Dr Alfredo Calcedo Ordoñez, director de esta tesis, el apoyo y entusiasmo prestado para la realización de ella. Además de su rigor y cuestionamientos continuos en aras de la buena elaboración y cientificidad del trabajo.

Al profesor D. Pedro Juez Martel, por su inestimable ayuda en el quehacer estadístico que mejor se podía aplicar a este trabajo.

Al Dr. R.M. Hirschfeld, de la Universidad de Texas (USA), por su amable y desinteresada colaboración para la utilización y adaptación al castellano de su entrevista de personalidad depresiva.

A la Dra. Maria Jesús Mardomingo, por su colaboración en la adaptación al castellano de la entrevista de personalidad depresiva.

A María José y a mis padres, ya que ha sido vital su comprensión y empuje continuo en el avance de la investigación.

A los pacientes del Centro de Salud Mental de Arganda, quienes a lo largo de varios años aceptaron y colaboraron altruistamente en la realización de los distintos tests diagnósticos y entrevistas, buscando lo mejor para futuros pacientes.

INDICE :

I - INTRODUCCIÓN.

1 - Introducción general.....	8
2. - LA PERSONALIDAD:.....	11
2.1- definición:.....	11
2.1.1. Schneider.....	12
2.2- diagnóstico.....	13
2.3- rasgos.....	14
2.4- temperamento.....	15
2.5- carácter.....	16
2.6- lo dimensional y categorial.....	17
3. - TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD:.....	21
3.1- definición.....	21
3.2- epidemiología.....	24
3.3- diagnóstico:.....	25
3.3.1. evaluación de los trastornos de personalidad.....	27
3.3.1.1. ejemplo de evaluación de tp.....	29
3.4- propuesta de modificación a la clasificación.....	31
4. - LA DISTIMIA:.....	32
4.1- epidemiología.....	32
4.2- diagnóstico.....	33
4.3- comorbilidad:.....	36
4.3.1. con el eje I.....	36
4.3.2. con el eje II.....	37
4.4- estudios familiares.....	40

4.5- diagnóstico diferencial.....	41
4.6- clínica.....	42
4.7- curso y evolución.....	45
5. - PERSONALIDAD DEPRESIVA:.....	45
5.1- historia.....	45
5.2- Schneider.....	48
5.3- clasificaciones internacionales.....	50
5.4- DSM-IV.....	50
5.5- Akiskal.....	51
5.6- Millon.....	51
5.7- Modelos teóricos.....	54
5.8- Modelos etiologicos depresión-trastorno de personalidad...55	
5.9- Diagnóstico.....	56
5.10- Clínica :.....	57
5.10.1. personalidad depresiva y temperamento.....	57
5.10.2. Comorbilidad.....	59
5.11- Diagnóstico diferencial.....	60
5.12- Personalidad y depresión: estabilidad.....	61
5.13- Cambios de la personalidad por el tratamiento antidepresivo.	62
6. - MODELOS DE RELACIÓN PERSONALIDAD-DEPRESIÓN:..	63
6.1- vulnerabilidad y factores de riesgo de la enfermedad depresiva..	64
6.2- modelo de vulnerabilidad.....	65
6.3- modelo patoplástico.....	69
6.4- modelo complicación.....	70
6.5- modelo causal común.....	71
6.6- modelo espectral.....	71
7 - Diferencias entre estado mental y trastornos de la personalidad... 73	
8 - Diferenciación dimensional estado depresivo-rasgo de personalidad... 74	

9. -TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPRESIVA:.....	75
9.1- Antecedentes teóricos, clínicos y diagnósticos.....	76
9.2- Modelos dimensionales.....	79
9.2.1. Ejemplo de subdivisión factorial de trastorno depresivo..	83
9.2.2. Modelo general de Cloninger.....	85
9.2.3. La relación de las actitudes disfuncionales con la personalidad en pacientes depresivos.....	87
9.3- Modelo espectral.....	88
9.4- Estudios familiares.....	89
9.5- Evaluación.....	90
9.6- Diagnóstico diferencial:.....	92
9.6.1. distinción conceptual.....	92
9.6.2. distinción empírica.....	93
9.6.3. distincion con la distimia.....	94
9.7- Curso.....	97
II - DISEÑO Y METODOLOGÍA:.....	98
1 - Objetivos.....	98
2 - Importancia del estudio.....	99
3 - Tipo de estudio.....	99
4.- Población:.....	100
4.1.- criterios de inclusión.....	100
4.2.- criterios de exclusión.....	101
4.3.- intervención.....	101
5 - Seguimiento y duración del estudio.....	101
6 - Muestra.....	102
7.- Evaluación clínica:.....	103
7.1.- estudio de personalidad.....	103
7.2.- estudios de trastornos mentales.....	104
7.3.- instrumentos:.....	104

7.3.1. MCCI-III.....	105
8 - Estadística.....	106
III- RESULTADOS.....	107
1. - <u>Subgrupos según diagnóstico de trastorno de personalidad depresiva...</u>	107
1.1.- Muestras distimia y tpd.....	108
1.1.1. Variables sociodemográficas.....	108
1.1.2. Variables clínicas.....	114
1.1.3. Comorbilidad con trastornos de personalidad..	117
1.1.4. Conclusiones.....	122
1.1.5. Muestras asociadas (distimia más tpd) y sin ellas...	123
1.1.6. Comparación con la escala big-five de distimia y tpd...	125
1.1.7. Comparación items de la entrevista de tpd.....	127
1.2 - Correlaciones específicas de tpd.....	131
1.3 - Correlaciones específicas de distimia.....	138
1.4 - Comparación de correlaciones entre ambas.....	143
2. - <u>Análisis factorial y regresión logística:</u>.....	149
2.1- De tpd y distimia.....	149
2.2- de la muestra asociada.....	156
2.3- de los grupos A, B y C con la escala depresiva.....	160
2.4- de la muestra global.....	162
2.5- de los subgrupos de la entrevista de tpd.....	162
2.6- de los items y frecuencias de tpd.....	165
3 - <u>Fiabilidad de la entrevista de tpd</u>.....	167
IV- DISCUSIÓN.	
1. - Discusión.....	168
V- CONCLUSIONES.	
1. - Conclusiones.....	214

2. - Investigación futura.....218

VI- BIBLIOGRAFÍA.

1. - Bibliografía.....220

VII- APÉNDICES:

1. - tablas y figuras.....250

-tabla I 251
- “ IIa.....251
“ IIb.....252
- “ III.....253
- “ IV.....253
- “ Va y Vb.....254
- “ VI.....255
- “ VII255
- “ VIIIa256
- “ VIIIb y VIIIc257
- “ IXa y XIb258
- “ X 259
- “ XI260
- “ XII 260
- “ XIII261
- “ XIV262
- “ XV262
- “ XVIa 263
- “ XVIb264
- “ XVIIa 264
- “ XVIIb 265
- “ XVIII 265
- “ XIX 266
- “ XX 267
- “ XXIa 267
- “ XXIb 268
- “ XXII 268
- “ XXIII 269
- “ XXIV 269

- “ XXV	270
- “ XXVI	271
- “ XXVII	271
- “ XXVIII	272
- “ XXIX	272
- “ XXX	273
- “ XXXI	273
- “ XXXII	274
- “ XXXIII	274
- “ XXXIV	275
- “ XXXV	275
- “ XXXVI	276
- “ XXXVII	277
- “ XXXVIII	277
- “ XXXIX	278
- “ XXXX	278
- “ XXXXI	279
- “ XXXXII	279
- “ XXXXIII	279
- “ XXXXIV	279
- “ XXXXV	280
- “ XXXXVI	281
- “ XXXXVII	281
- “ XXXXVIII	282
- “ XXXXVIX	282
- “ L	283
- gráfico I	283
- tabla LI	284
- “ LII	284
- “ LIII	285
- “ LIV	285
- “ LV	286
- “ LVI	286
- “ LVII	287

I : INTRODUCCION :

1. Introducción general:

La nosología es un intento de integración del conocimiento disponible en un constructo que, en diversos grados, implica hipótesis (Pichot, 1994).

El concepto de personalidad depresiva abarca inicialmente dos posibles significados: que se trata de un trastorno de personalidad (tp), y que presenta rasgos depresivos diferenciados.

Si una persona padece un tp o tiene una personalidad denominada "anormal", depende de la nosología clínica que sigamos, la cultura y costumbres imperantes en su zona de residencia, etc, para la mejor comprensión de esa "etiqueta". Al añadirle el adjetivo "depresivo" a la personalidad tampoco acotamos mucho el diagnóstico. Los trastornos afectivos, y dentro de ellos, los depresivos, forman un grupo heterogéneo de cuadros clínicos: depresión mayor (d.m.), depresión menor, distimia, depresión breve recidivante, trastorno de adaptación depresivo, trastorno mixto ansioso-depresivo, **trastorno de personalidad depresivo (t.p.d.)**. Algunos de estos diagnósticos no son reconocidos todavía oficialmente, y están en fase de estudio.

El t.p.d. actualmente pertenece al apéndice del DSM-IV, o sea, para discusión y posible admisión como entidad diagnóstica clara en futuras clasificaciones DSM. En el CIE-10 se le incluye dentro de las distimias. A pesar de ello, cuenta con larga tradición en la literatura como diagnóstico independiente: desde Kraepelin (temperamento depresivo), Schneider (psicopatía depresiva), Kernberg (personalidad masoquista-depresiva), Akiskal (distimia subafectiva), Tyrer (algunos casos del "síndrome neurótico general"), Hirschfeld et al. (personalidad depresiva), etc. hasta hoy en día, en que continúa la polémica: si es una entidad clínica independiente como otro t.p., o se le incluye como un tipo de distimia.

La personalidad depresiva puede influir en los trastornos depresivos de diversas formas: como rasgos predisponentes, con efecto patoplástico, ser consecuencia de la depresión, como "trastorno del espectro caracterial" y como propia entidad independiente. Se ha encontrado frecuente comorbilidad con t.p. dependiente, obsesivo-compulsiva, de evitación; o sea, como se dice en la literatura psicoanalítica, "personalidades orales".

Aunque en esta tesis se emplea el término comorbilidad (o trastornos coexistentes que tienen causas distintas) en referencia a los tp y a otros trastornos mentales, sería más adecuado co-ocurrencia en relación a los tp (ya que no tiene implicaciones etiológicas).

No está claro si las hipótesis que relacionan personalidad y depresión son relevantes para todas las formas de depresión, o solo con algunos subtipos específicos.

Para establecer la validez clínica de una determinada entidad nosológica, en nuestro caso t.p.d., se han propuesto diferentes estrategias (Kendell, 1989):

- 1) identificación y descripción del síndrome, bien sea a través de la "intuición clínica", bien por medio del análisis de clusters;
- 2) demostración de los límites o puntos de distinción entre síndromes relacionados, mediante el análisis discriminante o el análisis factorial;
- 3) realización de estudios de seguimiento que permitan establecer una evolución y unos resultados diferenciados entre los síndromes;
- 4) realización de ensayos terapéuticos que establezcan una respuesta diferenciada a los tratamientos;
- 5) estudios familiares que sugieran una verdadera influencia en el origen del síndrome; y
- 6) asociación con alguna anomalía más fundamental de tipo histológico, psicológico, bioquímico o molecular.

Nuestro objetivo es tratar de adaptarnos a los puntos 1, 2, 3, y algo al 5 y 6.

Escalas diagnósticas:

Para el diagnóstico del t.p.d. empleamos 2 entrevistas: la de Gunderson (Gunderson et al., 1994) y el apéndice del DSM-IV; la 1ª se basa en 32 rasgos de personalidad depresiva encontrados en la literatura, concluyendo en su diseño definitivo con 30 rasgos y un punto de corte de 32 sobre 60. Los autores encontraron unos índices de fiabilidad satisfactorios: interexaminador (k 0,67), test-retest (k 0,41) y fiabilidad diagnóstica (k 0,62).

El diagnóstico de los t.p. lo hacemos a través de la entrevista semiestructurada para los t. p., basada en el DSM-III-R, SCID-II (Spitzer et al, 1990). Tiene una alta fiabilidad test-retest cuando se utiliza en muestras clínicas (k : 0,68) (Williams et al. 1992), pero disminuye algo en muestras no clínicas (k : 0,51).

Pretendemos en esta Tesis Doctoral definir claramente el concepto de personalidad depresiva; diferenciarlo de la distimia, aunque en ocasiones coexistan, y tratar de buscar los factores que distinguen la heterogeneidad de los trastornos depresivos menores, por algunos llamados trastornos neuróticos.

Para ello nos basaremos en un estudio prospectivo. Además del modelo categorial, la clasificación intentará ser dimensional; de la severidad de los síntomas clínicos de los dos Ejes diagnósticos (I y II del DSM-IV); de dos de las escalas diagnósticas de personalidad depresivas existentes hoy en día, intentaremos valorar criterios de exclusión y a la vez dar más peso específico a algunos items.

En suma, trataremos de demostrar que el diagnóstico de personalidad depresiva es estable, persistente, predecible y que no cambia frecuentemente a otro diagnóstico en el curso del tiempo.

Hipotesis:

El diagnóstico de t.p.d. es diferente del de la distimia: en la clínica, curso y comorbilidad.

Se dan más episodios depresivos sobre la base de personalidad depresiva, en un continuum con los trastornos afectivos.

La personalidad depresiva predispone a la distimia. La distimia sin personalidad depresiva de base, puede ser de comienzo temprano, mal diagnosticada y asociada a otros t.p..

Objetivos

Definir el trastorno de personalidad depresiva (t.p.d)..

Demostrar que el t.p.d. tiene entidad propia.

Demostrar que este t.p. es diferente constructo de la distimia, aunque tengan similitudes.

Demostrar que se puede incluir dentro del espectro depresivo.

Como es bien sabido, para que un trastorno se pueda considerar t.p., debe cumplir las siguientes características:

- ser un trastorno de larga duración y comienzo temprano.

- concordancia de la definición con las propuestas teóricas sobre el trastorno.
- criterios operativos definidos.
- criterios evaluables con fiabilidad.
- el trastorno debe tener una prevalencia distinta de cero.
- los criterios deben identificar un grupo de pacientes que no cumplan igualmente criterios para otros trastornos afectivos o de la personalidad.
- el trastorno debe ser persistente.

2. LA PERSONALIDAD

2.1 Definición:

El concepto de personalidad proviene del griego "persona", o máscara teatral usada por los actores dramáticos. Más adelante se relaciona con los rasgos más aparentes, explícitos y manifiestos de la persona real; para entenderse finalmente como lo es hoy: las cualidades psicológicas internas, menos reveladas y más ocultas del individuo.

Son variadas y múltiples las definiciones sobre lo que es o denominamos personalidad:

Según Millon (1980), la personalidad es un modelo complejo de características psicológicas profundas, que son generalmente inconscientes, que no pueden ser erradicadas, y se expresan automáticamente en cada faceta del funcionamiento individual. Intrínseca y persistente, sus rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas, del aprendizaje y la experiencia; comprende y abarca el modelo distintivo individual de percibir, razonar y enfrentar las situaciones y a los otros.

Según L'Abate (1994), la personalidad comprende lo que una persona es, hace y tiene, y cómo esa persona concilia esos tres aspectos. Es más que la simple suma de los elementos de los que han sido dotados, genéticamente o por el medio ambiente social. La manera como las otras personas perciben a un individuo, en una situación social (aparición social) y en una situación privada (fenotipo), está influida por la historia individual.

Según Pichot (1994), la personalidad se define como la integración dinámica de los aspectos cognitivos (intelectuales), connotivos (pulsionales y voluntarios) y afectivos, así como por los aspectos psicológicos y morfológicos del individuo.

La **normalidad de la personalidad** refleja la habilidad del individuo para enfrentarse con el medio de una manera flexible, actuando con una tendencia a adaptarse a la realidad en forma creativa; su percepción y sus conductas típicas se traducen en un incremento de la satisfacción personal.

2.1.1. K. Schneider

Descarta en el concepto de personalidad a la inteligencia, los instintos y sentimientos corporales y la define como al "conjunto de los sentimientos y valoraciones, de las tendencias y voliciones", limitándolos al plano psíquico. Para K. Schneider las personalidades psicopáticas son un subconjunto de las personalidades anormales (de acuerdo con criterio estadístico, o sea que los tipos puros son pocos). Pero no por ello pueden ser nominadas como patológicas, y aún "la valoración de hacer sufrir a la sociedad es relativo y subjetivo: un revolucionario es un psicópata para algunos y un héroe para otros".

Para **Schneider** el psicópata no es un enfermo; el psicópata es un anormal. Esto, teniendo en cuenta que el criterio a emplear para decir que algo es anormal, es el criterio estadístico. Entonces dice "si nosotros tenemos distribuida la población según la curva de Gauss, anormales son aquellos que están en los extremos. El grueso de la población situado en el centro sigue los parámetros conductuales comunes, los del extremo no".

Hay dos formas de valorar la normalidad: según el criterio estadístico (la frecuencia de un ítem en la población) y según el criterio normativo (es normal lo que se ajusta a un modelo ideal, una persona debe ser comprensiva, cariñosa, honesta, etcétera). Considerando los parámetros y la norma, se puede decir que si el individuo A cumple la mayoría de estas normativas es "normal", y si no, no lo es.

Schneider tiene un pensamiento constitucionalista, no por azar estas personas son marginales. Dentro de las psicopatías, Schneider diferenció distintos tipos (aunque los incluimos en este apartado, no está claro si deberían estar en el de tp), a saber:

- 1- Hipertímicos
- 2- Depresivos
- 3- Inseguros de sí mismos (comprenden los sensitivos y anancásticos).
- 4- Fanáticos
- 5- Necesitados de estimación.
- 6- Lábil del estado de ánimo o inestables emocionalmente.
- 7- Explosivos
- 8- Sin afecto, desalmados.
- 9- De poca voluntad.
- 10- Asténicos

2.2 Diagnóstico:

El diagnóstico de los tp. requiere una **evaluación** de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (por ejemplo: trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias).

El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un tp. en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (por ejemplo, los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores.

Los factores de la personalidad normal y patológica solo varían cuantitativamente, sin diferencias cualitativas. A pesar de opiniones contradictorias, cada vez es más extendido que es una cuestión

de grado las diferencias entre los rasgos y tp encontrados en muestras clínicas y no clínicas.

2.3 Rasgos :

Los rasgos de la personalidad son actitudes, hábitos y emociones estrechamente ligados, entretnejidos y entrelazados. Son "una forma constante o persistente de comportarse"(Allport,1973); "una porción determinada y constante de la personalidad que se infiere de la totalidad de la conducta de un individuo, pero nunca se observa directamente" (Stern,1921).

Es un atributo estable (conductas persistentes, habituales y recurrentes), lo que lo diferencia del estado (*depresivo, de ansiedad,...*), que es una característica de un organismo o de una persona, transitoria o limitada en el tiempo.

Son "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales" (DSM-IV); "aspectos destacados de la personalidad, que no indican patología"(DSM-III R). La acentuación del rasgo no es en sí mismo un trastorno.

El concepto de rasgo implica estabilidad en largos periodos de tiempo de: una tendencia hacia ciertas conductas, sentimientos y pensamientos. Es como un contínuo con diversos grados.

Alguien con un grado extremo de un rasgo, tendrá la conducta asociada persistentemente a lo largo del tiempo y en diversas situaciones. Pero quien tenga un grado medio o moderado del rasgo, las conductas, sentimientos y pensamientos serán menos duraderos y más fluctuantes.

Denominamos **temperamento** a las disposiciones constitucionales o genéticas de la persona, que a menudo se observan en la infancia temprana, y que derivan en la personalidad del adulto. Sobre este temperamento se solapa el el conjunto de estilos interpersonales y cognitivos, defensas, expectativas y modos de respuesta particulares, a los que se denomina **carácter**. Este se moldea por las experiencias ambientales del aprendizaje. El temperamento subyacente afecta al ambiente de cada uno, y también es alterado por éste. Las contínuas experiencias que moldean el carácter continúan a través de la infancia y adolescencia hasta llegar a formar una relativamente estable composición llamada **personalidad** del adulto.

2.4 Temperamento:

A este concepto del temperamento ya se refirió Hipócrates con su teoría de los 4 humores. Significa el material bruto, biológico, desde el que la personalidad emerge: lo bioquímico, lo endocrino, lo neurológico, el humor básico.

Kraepelin (1921) postulaba que los episodios afectivos surgían de la inestabilidad basal de las alteraciones del temperamento. Los concebía como expresiones afectivas de bajo grado, de toda la vida, sobre las que se imponían los episodios afectivos. Ambos eran de origen hereditario, endógenos. Las circunstancias vitales asociadas y el contexto interpersonal son accesorios y provocativos, más que causales. Esta tesis de Kraepelin de la relación del temperamento y los episodios afectivos, es compartida por autores actuales (Mussetti et al, 1989; Cassano et al, 1992).

El temperamento es un rasgo estable, no ligado a los eventos transitorios. Constituye una parte del funcionamiento habitual a largo plazo del individuo. Akiskal lo define así, como un simil a los modelos de conducta de los rasgos/tp.

Defiende este autor la relación del temperamento con los trastornos afectivos (Akiskal, 1992), dividiéndolo en 4 subtipos: hipertímico, ciclotímico, distímico (o depresivo) e irritable. Sugiere que se heredan en gran parte, y predisponen al desarrollo ulterior de ciertas formas de tp y a episodios maníacos y depresivos (los primeros más con los temperamentos hipertímico e irritable; y los depresivos más con el temperamento distímico y ciclotímico). Además define unas características de estos subtipos: se dan en un 3-4% de la población, representan variantes subclínicas espectrales de los trastornos afectivos mayores; y no son propiamente maladaptativos, sino que se convierten en ellos ante un acontecimiento con el que “encajen” pobremente (Gunderson et al, 1999).

También se ha relacionado al temperamento con el humor individual prevalente, con su tipo, periodicidad e intensidad; que está sujeto a un valor moral o social, con unos límites impuestos a la disposición constitucional individual para la actividad y la emoción.

Los psicólogos academicistas estudian el temperamento y la personalidad normal, utilizando

sobre todo métodos analíticos factoriales. Estos tratan de **identificar dimensiones de personalidad** de todos los individuos. Eysenck fue de los pioneros en ello (1953), resultando 3 dimensiones: neuroticismo, extraversión y psicoticismo.

Otro modelo dimensional (del que más adelante nos referiremos también) es el **Big-Five** o modelo de los 5 factores (Costa y McCrae, 1990): Extraversión o emocionalidad positiva, neuroticismo o emocionalidad negativa, ansiosa, afabilidad o sociabilidad, entusiasmo, responsabilidad, ser concienzudo, no impulsivo y apertura o intelectualidad, interrogativo.

Se ha demostrado que estas 5 dimensiones de personalidad tienen gran estabilidad temporal y universalidad para caracterizar a todos los tp de múltiples culturas.(Costa y McCrae,1992; Digman, 1990). También se ha observado su componente hereditario.

2.5 Carácter :

Freud (1913) ya habla de rasgos del carácter, como el éxito de la represión como sistema defensivo; lo hace a través de un patrón persistente de formación de reacción y sublimación. Más adelante se refiere a la importancia de la identificación o introyección y a la formación del superyó, en la formación del carácter.

Los autores psicoanalistas hablan de " la estructura del carácter " y " desórdenes del carácter " (Zales, 1984), para referirse a los rasgos más penetrantes de la conducta y el pensamiento, grabados en el individuo, y relativamente constantes a lo largo de la vida.

Consideran los psicoanalistas contemporáneos al carácter como: el patrón de adaptación para controlar las fuerzas internas o del entorno externo, y que son habituales o típicas en un individuo. No distinguen "carácter" y "personalidad", pero sí lo diferencian del "yo" en que se basan en estilos de defensa y comportamientos objetivamente observables, en lugar de sentimientos y pensamientos.

Además, los psicoanalistas ven otras influencias en el carácter: el temperamento constitucional, la interacción de las fuerzas del impulso y las defensas tempranas del yo, las influencias externas y las distintas identificaciones e internalizaciones de otras personas a lo largo de la vida.

El desarrollo exagerado de ciertos rasgos del carácter a expensas de otros, puede conducir a tp.,

o a una predisposición o vulnerabilidad a ellos. De este tema de los tp. se hablará más adelante.

2.6 Tipos y rasgos dimensionales y categoriales :

El estudio de la personalidad se puede realizar de dos formas: lo categorial y lo dimensional.

En los sistemas de clasificación categoriales las diferencias cualitativas y la discontinuidad se asumen; y en los dimensionales., las diferenciaciones entre las personas se basan en lo cuantitativo y en la distribución normal en un continuum lineal (Moras & Barlow, 1992).

Las desventajas de los modelos categoriales, a grandes rasgos, son:

- alto grado de comorbilidad y diagnósticos mixtos entre tp, siendo difícil separar entidades diagnósticas (Clark et al,1995).
- los tp del eje II tienen alto grado de inestabilidad temporal en relación a la patología general de la personalidad (Loranger et al,1991) y a los rasgos de personalidad (Schuerger et al,1989).
- falta de límites claros que distingan pacientes con y sin tp en lo categorial (Kass et al,1985).
- la gran heterogeneidad sintomática dentro de los diagnósticos cuestiona la validez y utilidad de los existentes actualmente (Widiger y Frances,1985).
- la falta de acuerdo sobre la conceptualización adecuada de varios tp, que también cuestiona la validez y utilidad del sistema diagnóstico actual (Blashfield y Haymaker,1988).

Los modelos dimensionales (Eysenck 1952,1963) abarcan rasgos (dominancia-sumisión, extroversión-introversión, neuroticismo, rechazo o disponibilidad para experimentar, hostilidad-amabilidad, escrupulosidad, impulsividad,...), que son los extremos de una dimensión. El factor de neuroticismo de Eysenck (1986) abarca 9 rasgos subordinados a él: ansioso, depresivo, emocional, tenso, de mal humor, tímido, irracional, baja autoestima y sentimientos de culpa.

El modelo dimensional refleja mejor que el categorial la relación entre depresión, personalidad y temperamento (Leblanc et. al,1994). Mide el grado al cual un paciente tiene rasgos de un tp, no si lo tiene o no. Es más fiable que el modelo categorial, y dentro de lo dimensional: la puntuación total es más fiable que el número de criterios encontrados. También nos da más información al incluir niveles subumbrales del tp y diferenciarnos entre estos casos umbrales y los prototípicos.

La validez del diagnóstico dimensional depende de la validez de las categorías de tp sobre las que

se basan las dimensiones. En este sentido, los diagnósticos actuales de tp adolecen de validez de constructo. Observando los tp en un continuum, más que como categorías, no resuelve el problema de la heterogeneidad sintomática dentro de cada diagnóstico.

Tampoco la aproximación dimensional supone una base teórica que nos explique los niveles altos de patología de personalidad mixta que se ven en la práctica clínica.

Hay diversos modelos dimensionales, en esencia 2. Uno derivado del DSM, y el otro basado en el perfil de los rasgos de personalidad (de rango más alto y de bajo orden). Ya no se discute que la evaluación de los rasgos de personalidad abarca lo normal y lo patológico (Clark,1999a):

- 1) Las 3 dimensiones de los grupos del DSM: extraño-excéntrico; dramático-emocional y ansioso-temeroso. Cada tp separado se conceptualiza como un continuum, mira el grado de tp de cada uno, no si está presente o ausente (como sería lo categorial).
- 2) El modelo del espectro clínico de 4 dimensiones de Siever y Davis (1991): organización cognitiva, regulación afectiva, modulación de ansiedad y control de impulsos.
- 3) El modelo circumplejo interpersonal (Leary, 1957; Wiggins,1982), en el que los tp se acercan a dos dimensiones ortogonales y bipolares: dominancia vs sumisión y amor vs odio.
- 4) El modelo 5 factorial (Costa y McCrae,1992) son los intentos más recientes de clasificación dimensional de los t.p.. Cubre tp, trastornos psiquiátricos en general y la personalidad normal. Los 5 factores de personalidad son: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, afabilidad y responsabilidad. Puede integrar conceptualizaciones alternativas de modelos de 3 dimensiones . Von Zerssen (1994) ha sugerido modificaciones del modelo Big Five: añadir una 6ª dimensión (actitud religiosa convencional), y redefinir "apertura" con su polo opuesto (agresividad).
- 5) Tellegen (1993) propone 7 dimensiones, sumando a los 5: valencia positiva y negativa. Otros autores piensan que estos 2 factores ya estaban en el big five como valores de otras dimensiones.Las fundamentales son: emocionalidad negativa, emocionalidad positiva y constreñimiento (negativa).
- 6) El modelo del grupo de Canadá (Jang, Livesley et al.,1996) consta de 4 dimensiones de mayor orden (labilidad, antagonismo, sin respuesta interpersonal o "interpersonal unresponsiveness" y compulsividad), 18 dimensiones básicas y 69 rasgos o aspectos de la personalidad.

7) El modelo radial de Pukrop o teoría de facetas (1998) admite diversas dimensiones localizadas en el espacio circular y no tiene los inconvenientes del análisis estadístico (las variables se clasifican semánticamente en un “plano de frases” de tp). Defiende un modelo de personalidad universal, con transición continua de la personalidad normal a la disfuncional. Puede integrar diferentes modelos sin sustituirlos.

8) El modelo de Cloninger y sus dimensiones de: evitación de daño, dependencia de recompensa y búsqueda de novedades. Últimamente añadió la persistencia.

9) El modelo de Eysenck : neuroticismo, extraversión y psicoticismo.

10) El modelo de Gough, con sus dimensiones de alto rango, en correlación negativa: autorrealización, internalidad y seguimiento de normas.

11) El modelo de Zuckerman et al (1988): con neuroticismo-emocionalidad, extraversión-sociabilidad y psicoticismo-impulsividad, búsqueda de sensaciones no socializada.

Estas divisiones y subdivisiones jerárquicas de los rasgos y dimensiones de la personalidad se han observado, tanto en la clínica como en la personalidad normal (Eysenck, 1952).

La medida de los rasgos se hace cuantitativamente, y la normalidad y anormalidad serían los extremos de un continuum; se utilizan más estudios de poblaciones sanas. Serían variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad, que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. Los t.p. difieren de la variación normal de la personalidad solo en términos de grado, lo que se observa empíricamente.

Tiene como ventajas, el que da un perfil simple de la personalidad y permite incluir rasgos atípicos. Como desventaja, el que se utiliza un número reducido de rasgos. No es apropiado para problemas clínicos graves ni para comparaciones de hallazgos de culturas diferentes.

El abordaje dimensional ofrece la posibilidad de ver la severidad de un tp: al sumar el número de síntomas dentro de cada categoría. Pero los criterios que definen ese tp pueden estar poco correlacionados con otros criterios de la misma categoría (Clarkin et al, 1993). Además, un rasgo de personalidad puede puntuar simultáneamente en diferentes dimensiones: ej: “ ser fácilmente herido por las críticas”, puede formar parte de los tp evitativo, narcisista y paranoide. Por ello, el sistema categorial actual de tp, se compone de rasgos individuales que pueden pertenecer a diferentes dimensiones de personalidad.

Los grupos de trastorno de personalidad DSM-IV (raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) pueden considerarse dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un continuum con los trastornos mentales del Eje I.

No está claro si los rasgos de personalidad normal o anormal son los mismos, o son cualitativamente diferentes. Estos últimos se heredan menos que los rasgos normales, y en estudios de prevalencia se encuentra más patología de la esperada según la de poblaciones sanas.

Se ha comprobado como varían los rasgos dimensionales o el temperamento, entre pacientes depresivos, según estén asociados a trastornos del Eje I o del Eje II. Así, se ve mayor tendencia hacia la búsqueda de novedades en alcohólicos; más evitación del daño, en el trastorno de pánico; y más alta persistencia en la fobia simple. Si están asociados con t.p. (Eje II), se ve una menor dependencia de la recompensa.

Los modelos tipológicos o categoriales son más aceptados en la clínica, y más estudiados en poblaciones con tp.. Los hábitos de respuesta de un individuo dan una característica de su funcionamiento psicológico o del tipo de relación que establece con su medio. Estos rasgos muestran conexiones psicológicas que se organizan en tipos de funcionamiento de la personalidad, síndromes clínicos cualitativamente distintos.

Ventajas del diagnóstico categorial son el que éste sea rápido y se puedan sugerir más características de las observadas, con mayor sentido de unidad que los dimensionales. Como desventajas están el encasillamiento como enfermedad médica, y la limitación a una serie de rasgos, no incluyendo aspectos importantes (como los casos mixtos o atípicos, o las categorías heterogéneas). Además, el número y diversidad de las categorías diagnósticas, es mucho menor que las diferencias individuales que se ven en la clínica; así se pierde información clínica, como los trastornos menos comunes, cuyas formas más débiles son más frecuentes que los propios trastornos. Necesita simplificar trastornos complejos, usando una escala nominal, mejor que ordinal.

No clasifica a los pacientes que están en la frontera de categorías distintas, o que no satisfacen los criterios diagnósticos de un t.p. específico, pero que siguen teniendo una patología significativa.

No hay claras pruebas empíricas sobre la superioridad de un modelo sobre otro. Tal vez, sean apropiados modelos diferentes en situaciones diferentes.

3. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

3.1 Definición

El tp es un " patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto " (DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.1995). Son rasgos de personalidad inflexibles y desadaptativos, que causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Otra definición adecuada podría ser: " los tp representan una clase de síndromes definidos por comienzo temprano de rasgos inflexibles y maladaptativos, que se exhiben en un amplio rango de contextos personales y sociales, y que son relativamente estables durante un periodo de años " (Pfohl,1999). Se admite que pueden disminuir en severidad tras varias décadas.

Schneider habla de psicopatías al referirse a los tp (aunque a veces no los distingue claramente de la normalidad). Hay un determinismo en la concepción schneideriana de psicopatía; " El psicópata es un individuo que por sí solo, aunque no se tengan en cuenta las circunstancias sociales, es una personalidad extraña, apartada del término medio". La psicopatía no es exógena, su esencia es disposicional, innata, en el sentido de preexistente a las vivencias. No por ello deja de notar que toda personalidad se desarrolla, y en esto tiene su parte, el medio ambiente.

Es decir, la psicopatía se manifiesta. Debe ser observada por los otros y esa conducta particular valorada como anómala en relación al término medio, y sufrir o hacer sufrir solamente sobre el eje de su anomalía. Esto no significa que el psicópata manifieste siempre su psicopatía; tiene oscilaciones periódicas.

Kahn distingue distintos cursos: episódicos, permanentes, periódicos y desarrollos psicopáticos. Aquí podemos puntualizar que tampoco la conducta del psicópata es toda psicopática; coexisten con ellas conductas adaptadas que le permiten pasar desapercibido en muchas áreas de su desempeño social. Esta integración conductual, adaptado o psicopático, se hace más difícil de ver cuando lo psicopático se expresa sólo en determinadas circunstancias o sobre determinado tipo de

personas. El psicópata busca su equilibrio en el otro complementario. La vivencia de no completud genera tensión, sufrimiento, según Schneider; y aunque encuentre las circunstancias, personas, cosas o actos complementarios que hacen bajar su nivel de tensión, siempre queda un quantum de tensión vivenciado como insatisfacción o vacío interior. Es, entonces, el complementario el que debe pagar por el ajuste incompleto. Para el psicópata su incompletud es o fue producida por otros, por lo que le parece justo que alguien o algo pague por ello.

El diagnóstico del tp. siempre ha de basarse en la evaluación del sujeto a largo plazo, en situaciones distintas y desde el principio de la edad adulta; sin confundirse con reacciones estresantes ni con estados mentales (depresión, ansiedad,...). Algunos autores han comprobado cómo varían los rasgos de personalidad (dimensional) y diagnósticos (categorial), antes y después de la recuperación del estado depresivo: disminuyen los rasgos y diagnósticos del cluster III y los rasgos del cluster I, si hay recuperación del estado depresivo; si no la hay, aumentan los rasgos del cluster I; no se modifican ni los rasgos ni diagnósticos del cluster II (Peselow et al. 1994).

Además, se debe buscar la ayuda de algún familiar u otro informante, ya que si el paciente observa sus rasgos como egosintónicos, no le producen malestar subjetivo. Se ha comprobado que la información de familiares cercanos, y dentro de ellos, mujeres, tiene más fiabilidad para el diagnóstico del tp..

La valoración de los tp. ha de fijarse siempre en el contexto del sujeto, sus antecedentes étnicos, culturales y sociales. A veces se observa el trastorno en la edad adulta, tras un duelo o factor estresante, o enfermedad médica o consumo de sustancias.

Algunos tienden a remitir con la evolución(trastorno borderline, antisocial), pero otros persisten a lo largo de los años (trastorno obsesivo-compulsivo y esquizotípico).

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 y los del DSM-IV de los trastornos de personalidad coinciden:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- (1) Cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los

acontecimientos).

(2) Afectividad (p.ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).

(3) Actividad interpersonal.

(4) Control de impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. 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.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal).

Hay dos tipos de tp.(CIE 10): los de inicio temprano, de larga duración; y los de inicio en la edad adulta o cambio permanente de la personalidad. Esta se refiere a : " un tp. y de la conducta del adulto que se ha desarrollado a raíz de una tensión catastrófica o excesiva y prolongada, o después de una grave enfermedad psiquiátrica, en un individuo sin trastorno previo de la personalidad. Hay un cambio definido y perdurable en el modelo según el cual el individuo percibe, se relaciona con, o piensa sobre, el ambiente y su yo. El cambio de personalidad va asociado con una conducta inflexible y mal adaptada que no estaba presente antes de la experiencia patogénica y que no es una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de un trastorno mental previo ".

Se ha comprobado un buen acuerdo diagnóstico (medido a través de kappa) entre el CIE-10 y el DSM-III-R (Loranger et al., 1994) y entre el CIE-10, criterios de investigación, y el DSM-IV (Starcevic et al, 1997). Al comparar estos últimos, se observó una mayor concordancia diagnóstica para los trastornos del grupo C y el histriónico, y menor para los del grupo A y el borderline.

El CIE-10 sobrediagnostica todos los t. de p. excepto el dependiente y el borderline. Lo explicaban los autores por los diferentes criterios diagnósticos empleados en cada t. p. y en el umbral diagnóstico (el nº de criterios necesario para el diagnóstico).

Ya es sabido que el DSM-IV incluye el t. p. narcisista y esquizotípico, no así el CIE-10; y éste el t. p. impulsivo, no recogido en el DSM-IV.

Las entrevistas para los t. p. siempre resultan más fiables que los cuestionarios autoadministrados (Starcevic, 1996).

3.2 Epidemiología:

Srole et al.(1962) utilizó el MMPI para su estudio en la ciudad de Manhattan, encontrando un 10% de tp. Weissman et al (1978) en el estudio de New Haven de seguimiento de adultos de 18 años durante 8 años: observó un 4,5% de personalidades depresivas, 0,2% de ciclotímicas y antisociales (cada una) y un 0,4% de probable tp.

En el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) (Myers et al,1984) de 6 meses de seguimiento, solo buscaron como tp el antisocial, viendo: prevalencia de 6 meses en hombres de 0,8-2,1% y en mujeres de 0,3-0,5%. La prevalencia a lo largo de la vida de tp estaba entre 2,1 y 3,3% (Robins et al,1984). La tasa más alta era entre 24 y 44 años, mientras que en mayores de 65 años bajaba al 0,8%.

Estudios más recientes (Reich,1989; Zimmerman y Coryell,1989) en población general, vieron un 11,1% de tp (utilizando cuestionarios: PDQ: Personality Diagnostic Questionnaire). Los más comunes eran el tp compulsivo (6,4%), dependiente (5,1%) y esquizotípico (5,1%). Aumentaban las cifras con la utilización de entrevistas semiestructuradas (SIDP): 13,5% de tp, con tp esquizotípico, histriónico, antisocial y pasivo-agresivo más frecuentes; y el tp dependiente más frecuente con cuestionario (Zimmerman y Coryell,1990).

En muestras de atención primaria elegidas al azar, (Casey y Tyrer,1986), utilizando el PAS y basándose en el ICD-9, observaron: el tp explosivo fue el más común (6%), seguido del anancástico (3%), asténico (2,5%), esquizoide (1%) y tp histérico (0,5%). El tp asténico se daba más en mujeres, y el tp explosivo en hombres.

Utilizando el SCID-II también se observaron cifras parecidas de prevalencia de tp (10,3%) (Maier et al,1992a). Además se daban asociaciones significativas entre trastornos afectivos y de ansiedad y tp evitativo y borderline. No había diferencias de sexo en los tp., y las categorías más frecuentes eran tp esquizoide y compulsivo.

En un estudio sobre una muestra no clínica, con screening previo y entrevista diagnóstica posterior, se detectó una prevalencia puntual de tp de 11,01% (Lenzenweger et al.1997).

Estudios comparativos de muestras urbanas y rurales, en atención primaria (Casey,1985) demostraron más frecuencia de tp en zonas urbanas. El tp explosivo era más común en estas, y el tp anancástico en rurales. Solo había diferencias de sexo en el tp explosivo, a favor del hombre.

Más recientes aproximaciones en atención primaria (Moran et al,1999), vieron prevalencias de tp del 29%: desde un 8-10% del tp paranoide, hasta un 2-4% del tp antisocial. Los pacientes del cluster B tenían mayor morbilidad. En atención primaria se ha visto una media de 5 al 8% de tp, siendo más común en hombres. Se elevan las cifras si el diagnóstico se hace independientemente del principal, que suele ser del eje I. Es lo mismo que sucede en las muestras clínicas o las de investigación; en esta últimas es mayor la prevalencia de tp encontrada.

En resumen, una prevalencia vital entre 2,1 y 18% de tp se ha encontrado, variando según la población y los criterios empleados. Los tp se asocian con juventud y no está clara la asociación con el género.

3.3 Diagnóstico:

El diagnóstico clínico de los tp. puede estar sesgado por la situación del momento: el estado depresivo puede influir. Algunos autores no piensan así (Loranger et al.,1991): el diagnóstico del tp. a través del PDE (Loranger,1988) no está afectado por su estado de ánimo actual.

Otros no sólo lo defienden, sino que lo distinguen: entre el trastorno afectivo estacional y la depresión mayor (Reichborn-Kjennerud T et al, 1997); observan como varían en rasgos dimensionales (no en categoriales) en el cluster B y en especial en el esquizotípico, histriónico, narcisista y obsesivo-compulsivo. Se diferencian de las variaciones observadas en la depresión mayor (antes y después del tratamiento), en que en ésta varían más los trastornos del cluster C y

se modifican muy poco los del B.

Las personas deprimidas se tienden a describir como más dependientes, introvertidas, cohibidas, vulnerables, pesimistas y autocríticas, que lo harían antes o después del episodio depresivo (Barnett y Gotlib, 1988). Desesperanza, indefensión, baja autoestima y negativismo, son típicas manifestaciones del ánimo depresivo (Johnson y Magaro, 1987), con lo que se esperaría que la descripción de la personalidad será inexacta y distorsionada.

Darle instrucciones a los pacientes de que nos hablen de cómo eran antes de la depresión, no parece adecuada para una evaluación válida de la personalidad durante el episodio depresivo (Hirschfeld et al, 1983; Widiger & Frances, 1987).

CIE-10:

Los tp son "alteraciones severas de la personalidad y la conducta que implican desviaciones pronunciadas de los patrones culturales habituales e invaden áreas diversas del comportamiento general del individuo, iniciados en la adolescencia, que continúan en la edad adulta y pueden originar problemas laborales y sociales".

En el **DSM-IV**, la clasificación nosológica de la American Psychiatric Association:

"son patrones de conducta inflexibles y desadaptativos, que causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo, de inicio en la adolescencia y que persisten en edades posteriores"

Determinados autores opinan que los tp. y los trastornos mentales específicos podrían constituir un continuum, de forma que los primeros fueran formas subsindrómicas de los segundos.

Otros piensan que la comorbilidad del denominado grupo A en el DSM-IV (paranoide, esquizoide, esquizotípico) se realizaría a expensas de los trastornos psicóticos; el grupo B (límite o borderline, antisocial, histriónico, narcisista) con el abuso de sustancias y el C (dependencia, evitación, obsesivo-compulsivo) con la d.m. y los trastornos de ansiedad.

3.3.1. Evaluación de los trastornos de la personalidad :

Se deben obtener unos mínimos establecidos de:

- *Validez* convergente y discriminante de los criterios.

- Diagnóstico *categorial y/o dimensional*.

- Encajar el perfil del paciente y el criterio *prototípico* del grupo según: observación clínica mejor que el autocuestionario.

Problemática de la clasificación del eje II:

- Desacuerdo entre las categorías y los criterios diagnósticos: empírico versus análisis factorial y clusters.

- Comorbilidad del eje II muy alta: falta de validez discriminante de los constructos, de los instrumentos de evaluación, o de ambos. Los criterios diagnósticos habituales se basan en la taxonomía existente, no admitiendo otros criterios que no encajen en ella.

- Dicotomía artificial de las variables continuas (criterios diagnósticos): presente/ausente; no es sensible a la teoría ni a la estadística. El eje II categorial es arbitrario. Sería mejor un modelo “continuum”, p.e. borderline, con grados de la nada a moderado y severo, mejor que “presente/ausente”. Los modelos categoriales y dimensionales, como complementarios, cada uno más apropiado bajo ciertas circunstancias.

- Falta de la capacidad para dar peso a cada criterio o diagnóstico diferencial de la importancia diagnóstica de cada criterio.

- Fallo en la consideración de la “potencia, fuerza” de la personalidad, los factores positivos de la personalidad: que hacen excluir el t.p..

- Fallo en encontrar patología, rango de personalidad, que no esté en el eje II, y busquen tratamiento: *relacionales disfuncionales recurrentes, inhibiciones duraderas, problemas duraderos en la regulación de la autoestima,...* (Que no están en el eje I ni en el II- modelos maladaptativos, duraderos, de emoción, pensamiento, motivación o conducta, que llevan a estrés o disfunción).

- Las categorías y criterios no son tan útiles clínicamente como podríamos pensar. No nos dicen qué tratamientos utilizar o abordaje de cual proceso de personalidad.

- Los instrumentos que evalúan los t p. tienen escasa validez: pobre fiabilidad test-retest más allá de 6 semanas (poco tiempo en un trastorno que es estable y duradero en el tiempo). Los constructos del eje II necesitan una revisión y la validez es muy débil con los cuestionarios.

El DSM-IV no categoriza bien.

Los instrumentos divergen de la práctica clínica diagnóstica. No es adecuado confiar en

preguntas directas del eje II, ya que en los tp. se da la falta de insight y de autoentendimiento. Por ello, el clínico confía más en sus inferencias de las descripciones narrativas de las vidas de sus pacientes y sus relaciones, y además en la conducta del paciente hacia el entrevistador en la consulta.

Los clínicos confían más en las preguntas directas para el eje I que para el eje II.

Algunos síntomas de los t.p. pueden ser preguntados directamente (ej: corte de muñecas en los borderline), pero otros no, sino que se debe hacer un análisis funcional de la personalidad (parecido a un examen del estado mental): ej.: al paciente no se le pregunta si le falta empatía, sino que se le escucha como describe sus interacciones con los demás, como responde al entrevistador en la sala y saca sus conclusiones.

Comorbilidad del eje II: buscar métodos de evaluación de los t.p. de una sola vez. P.ej. el SCID-II para los t.p. utiliza un cuestionario 1º y luego una entrevista estructurada.

Comorbilidad del eje I: que puede distorsionar los resultados: o porque se usan solo cuestionarios autoadministrados, o porque son rasgos temporales del estado depresivo. Por ejemplo, en pacientes depresivos, se vio que cambiaban variables de resistencia emocional y dependencia interpersonal, y no se modificaban con la depresión: la impulsividad, restricción, sumisión, exigencia y obsesividad (Hirschfeld et al, 1983).

Conclusión de la evaluación de tp:

Las preguntas directas no valen para evaluar los t.p., sobre todo si falla el autoconocimiento del paciente y su habilidad de tomar perspectiva sobre sí mismo.

Es importante diferenciar entre los procesos explícitos (accesibles conscientemente) de los implícitos (inaccesibles) de la memoria, cognición y el afecto. P.ej.: la memoria explícita se refiere a hechos y eventos; y la implícita a la conducta, por asociaciones o demostraciones de habilidades. Igual distinción ha de hacerse en los procesos afectivos y motivacionales.

Lo que podemos observar o inferir sobre la personalidad, puede ser muy diferente de lo que el paciente nos describe.

En los cuestionarios realizados por el paciente, se dan los efectos distorsionantes de las defensas psicológicas, más si las preguntas versan sobre la autoestima.

Los inventarios autoaplicados son especialmente vulnerables a distorsiones artefactas de

autodescripciones secundarias a estados de ánimo (Bagby et al,1995). Se podría corregir dando instrucciones a los pacientes para que describan su habitual funcionamiento característico, de largo tiempo. Por ello, las entrevistas semiestructuradas son más adecuadas a la hora de diferenciar rasgos de personalidad de trast. mentales del eje I (Coyne et al,1995;Rogers et al,1995). Se debe cuidar la posible distorsión patoplástica de estas entrevistas semiestructuradas, cuando no exigen criterios diagnósticos suficientes desde antes de los 25 años del paciente (Verheul et al,1997).

3.3.1.1. Ejemplo de método de evaluación de t. p.:

El método SWAP-200: combina el modelo prototípico con la descripción de casos individuales; abarca 11 tp.(si se divide el trast. disfórico en 5 categorías) y los aspectos no incluidos en el eje II, como: motivos, conflictos entre motivos, estrategias de regulación de afectos, aspectos de funcionamiento de la personalidad no tan severos.

El método SWAP se basa más en un análisis funcional de la personalidad.. A través del análisis de los factores Q, se pueden ver los t p. como categoriales, dimensionales, o ambos.

Ejemplos de t.p. que comparten un núcleo **disfórico**: evitativo, dependiente, depresivo, autoderrotista y borderline: se correlacionan mucho unos con otros. Es la categoría más frecuente del SWAP (Westen, 1999). Se sienten con distrés de muchos modos, experimentan sentimientos de: insuficiencia, vergüenza, culpa, depresión, ansiedad, miedo del rechazo o abandono. Es el grupo diagnóstico de estructura de carácter depresiva o disfórica.

Comparten todos el rasgo central del afecto disfórico y de la autocondenación.

Los items que describen la categoría de t p. disfórico, se asemejan mucho a los de tpd., salvo los siguientes:

- Tendencia a sentirse avergonzado (3º en importancia).
- Tendencia a sentirse indefenso, sin poder, a merced de fuerzas fuera de su control (7º en importancia).
- Tendencia a sentirse como marginado o fuera de juego; no se siente cómodo (12º).
- decaído, fatigado, falta de energía.

- vacío, aburrido.
- incapaz de “agarrarse” o confortar su self cuando está estresado; requiere que otra persona le ayude a regular el afecto.
- falta de una imagen estable de lo que es o le gustaría ser (ej: actitudes, valores, metas y sentimientos sobre el self, pueden ser inestables y cambiantes).

Los items que conducen con el tpd. son:

- tendencia a sentirse inadecuado, inferior o un fracasado (1°).
- infeliz, deprimido o abatido (2°).
- tendencia a culpabilizarse o sentirse responsable de las cosas malas que ocurren (4°).
- tendencia a sentirse culpable (5°).
- temen ser rechazados o abandonados por aquellos que son significantes emocionalmente para ellos (6°).

Al realizar un nuevo análisis Q del grupo de los **disfóricos**, con análisis de componentes principales y rotación varimax, se obtienen 5 subgrupos que obtienen el 51% de la varianza (Westen, 1999):

- 1° subgrupo disfórico evitativo.
- 2° subgrupo disfórico neurótico de alto funcionamiento: Se parece mucho al tpd.
- 3° subgrupo disfórico disregulado emocionalmente o borderline.
- 4° subgrupo disfórico dependiente-masoquista: mucho más trastornados que los dependientes del eje II. Se encuentran en relaciones en que son emocional o físicamente abusados.
- 5° subgrupo disfórico hostil-externalizante y contenido: hostiles y con tendencia a culpar a los demás de sus dificultades, con rasgos pasivo-agresivos.

Podemos resumir con que: el grupo disfórico tiene rasgos evitativos, dependiente y depresivo, y no tiene rasgos antisociales ni narcisistas.

La categoría esquizoide es revisada y abarca en este instrumento: los esquizoides, esquizotípicos y algunos evitativos. Los borderline los alinea con los disfóricos disregulados emocionalmente, algo menos con los disfóricos dependientes y con los histriónicos. Pero la intensidad afectiva de los disfóricos es egodistónica, y la de los histriónicos es sintónica.

Los obsesivo-compulsivos son menos graves que en el eje II. Se denomina estilo neurótico

obsesivo (constricción emocional, tendencia a la intelectualización, preocupación por las reglas), y no son disfuncionales completamente, son concienzudos y productivos.

La clasificación dimensional de los tp. trata como un continuum, no como presente/ausente.

Los estilos neuróticos son o t.p. menos severos o categorías aparte, pero una gran proporción de pacientes que tratamos por personalidad maladaptativa (60% según Westen) no encajan en el eje II o no llegan a su umbral diagnóstico.

Limitaciones de este tipo de estudios de evaluación de tp.:

- contaminación potencial de la depresión en la medida de los t.p. (Hirschfeld et al,1983; Stuart et al,1992); baja autoestima, negativismo, más dependiente, introvertido, cohibido, vulnerable o pesimista, así se describirá quien está deprimido (Widiger,1993).
- entrevistas clínicas estructuradas de los t.p. son menos sensibles al efecto estado de la depresión que los cuestionarios (Loranger et al,1991; Zimmerman et al,1991).
- pero evaluando el paciente al final, cuando el paciente ya no está deprimido, podría tener más sesgo que durante el estado depresivo (Pfohl et al,1987).
- más búsqueda de ayuda de este tipo de pacientes.
- pacientes ambulatorios.

3.4. Propuesta de modificación a la clasificación:

Modificaciones posibles a la clasificación politética de los tp(DSM-IV y CIE-10)

(modificado de Dowson,1995):

- Cambio en el uso de criterios existentes.
 - especificar criterios como esenciales para el diagnóstico.
 - dar peso extra a ciertos criterios (por esenciales y/o por maladaptativos).
 - cambio del nº mínimo de criterios positivos requeridos para el diagnóstico.
- Cambio en los criterios individuales o en el nº de categorías de tp:
 - cambio de criterios individuales: no solo conductuales observables.
 - cambio del solapamiento entre criterios de diferentes pd.
 - cambio o adición de criterios de exclusión (ej: criterios que no permiten el diagnóstico de tp, o mixtos de eje I y II del DSM-IV).

- cambio en el nº de categorías de tp.
- Estrategias adicionales para la clasificación de tp:
 - añadir criterios que diferencien tp de otros trastornos.
 - representar una jerarquía para los tp comórbidos.
 - usar categorías diagnósticas compuestas (ej: subgrupos que se definen por criterios adicionales).
 - añadir información dimensional.
 - añadir información complementaria (ej: funcionamiento global).
 - añadir una escala de severidad (aglutinar variables: funcionamiento, comorbilidad, AF, pronóstico, tratamientos recibidos, efectivos y no, etc).

4. LA DISTIMIA

4.1. Epidemiología

La prevalencia vital de la distimia, a lo largo de todos los países, es del 3,1(2,1% en un estudio de asistencia primaria) (Lecrubier,1999). Según estudios de prevalencia de la ECA, la distimia en varones se da a lo largo de la vida en un 1-3%, y en mujeres en un 2,3-4,8%. La relación de sexos en la distimia, mujer/hombre, es de 2-2,7. (Weissman et all.,1988). La prevalencia vital media era de un 3,1%. Las tasas disminuían a partir de la edad de 65 años.

El 3-5% de la población norteamericana padece distimia (Keller, 1995).

En la d.m. la prevalencia es del doble.

El 9-23% padecen síntomas depresivos; un 5,4% tienen formas menores de depresión; la prevalencia anual de depresión mayor es de un 5% y la incidencia, el 3,2%. El riesgo de cualquier persona de padecer depresión a lo largo de su vida es de un 17,1% (Rodriguez et al,1997).

La distimia es el trastorno afectivo con mayor frecuencia concurrente con los tp.. La distimia es precursor de episodios de trastornos afectivos en un 80%. También se ha investigado la influencia de esta concurrencia en la evolución de los síndromes depresivos, llegando a la

conclusión de que aumenta la incidencia de conductas suicidas, empeora la respuesta al tratamiento, aumenta el riesgo de recaídas y provoca una aparición más temprana de la sintomatología.

4.2. Diagnóstico :

El diagnóstico de distimia en la DSM-IV tiene una versión oficial y otra dentro del apéndice como pendiente de posteriores investigaciones:

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4) (DSM-IV, 1995).

- A. Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) pérdida o aumento de apetito.
 - (2) insomnio o hipersomnia.
 - (3) falta de energía o fatiga.
 - (4) baja autoestima.
 - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - (6) sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno distímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico

crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej.; una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano : si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastornos depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Criterios y ejes propuestos para posteriores estudios:

Criterio B alternativo para el trastorno distímico

A. Presencia, durante el estado depresivo, de tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) baja autoestima, o autoconfianza, o sensación de inadecuación.
- (2) pesimismo, desesperación o desesperanza.
- (3) pérdida generalizada del interés o del placer.
- (4) aislamiento social.
- (5) fatiga o cansancio crónicos.
- (6) sentimientos de culpa, rumiación sobre el pasado.
- (7) sensación subjetiva de irritabilidad o ira excesivas.
- (8) disminución de la actividad, eficiencia o productividad.
- (9) dificultades para pensar, lo que se traduce en pobreza de concentración y de memoria

o en indecisión.

Se pueden ver dos tipos de trastorno distímico: el esporádico, con un 85% de los casos, en el que el paciente tiene más días deprimidos que no, no hay eutimia sostenida de más de 2 meses, ni tampoco se dan síntomas depresivos durante 2 semanas o más. Son pacientes cuyo estado de ánimo cambia de deprimido a normal de forma esporádica.

El otro tipo de distimia es menos frecuente: más crónico, con síntomas depresivos todos los días, pero sin ser una depresión mayor; de los 5 síntomas mínimos que requiere ésta para diagnosticarse así, la distimia como mucho sólo tiene 4 síntomas.

Además, se puede clasificar como primaria y secundaria (Feighner et al,1972), en función de qué enfermedad se daba primero. Los pacientes cuyo trastorno distímico es una complicación de un abuso de sustancias previo, alcoholismo, trastorno de pánico u otros trastornos psiquiátricos, se diferencian de la distimia primaria; en ésta, la enfermedad empieza y continúa como una depresión crónica esporádica.

Para buscar la validez nosológica de la distimia debemos investigar: datos familiares, comorbilidad, biológicos y psicológicos.

El trastorno depresivo mayor es la complicación más frecuente de la distimia. Los pacientes con dm. y distimia se dice que tienen "doble depresión" (Keller y Shapiro,1982).

La dm. crónica se diferencia de la distimia por el número de síntomas presentes casi todos los días, o por la naturaleza esporádica de estos síntomas en la distimia.

Se debe diferenciar un episodio depresivo mayor con recuperación incompleta, de un patrón distímico al final del síndrome depresivo mayor. Por ello, la distimia no se diagnostica en el periodo de 2 años tras la recuperación parcial de un episodio depresivo mayor.

La mayoría de los pacientes distímicos presentan una depresión más leve, con valores en la escala de Hamilton de la depresión (HAM-D) en el rango de los 16-20. No así en la dm., donde oscilan entre los 20-25. El HAM-D puede no ser una escala de valoración óptima para la medición del grado de depresión en la distimia, que puede estar menos caracterizada por los síntomas vegetativos enfatizados en el HAM-D que los síntomas "psicológicos" (Hellerstein et al,1994).

El paciente distímico a veces se incluye dentro de la categoría de pacientes "difíciles", junto con otros trastornos psíquicos: trastorno somatoforme, t. de ansiedad generalizada, t. depresivo mayor

y dependencia o abuso de alcohol. Son pacientes que tienen más deterioro funcional, mayor utilización de los servicios médicos y menor satisfacción de ella (Hahn et al.,1996).

4.3. Comorbilidad :

Su comorbilidad con los trastornos del eje I y II, pone en duda su validez y la de los sistemas de clasificación categoriales.

Aunque siempre nos fijamos en la psicopatología de pacientes adultos, la definición de distimia y de t p. separa la edad de comienzo; no viene mal ver qué sucede con la infancia y adolescencia; con esos pacientes *distímicos* y depresivos que pueden serlo también en la edad adulta.

Así, Angold (1993), destaca en su revisión de estudios epidemiológicos, como existe mucha comorbilidad en estos pacientes: con trastornos de conducta y/o trastorno desafiante oposicional, un 21-83%; con trastorno de ansiedad (30-75%), y con trast. por déficit de atención (0-57%). No había diferencias en las tasas de comorbilidad depresiva entre las muestras comunitarias y las clínicas.

Sólo el 30% de las distimias no tienen comorbilidad con ningún trastorno del eje I o II. Se asocian con dm., trastornos de ansiedad (36-40%)(en especial con trastornos de pánico) y trastornos por abuso de sustancias(10%) (Keller, 1995) y con altas tasas de tp.(60%) (Pepper et al.,1995): con al menos un tp, varía la proporción, desde el 35% (Koenigsberg et al.,1985) hasta el 85% (Markowitz et al.,1992).

Cuando se buscan rasgos temperamentales asociados en familiares de distímicos, se encuentra una mayor "emocionalidad", tanto en los pacientes como en los familiares (Kelvin et al.,1996).

Los cambios de personalidad son más difíciles de detectar en este tipo de pacientes, ya que al estar crónicamente deprimidos puede ser achacable a la enfermedad lo que de otra manera pensaríamos que fuera un tp.. Como es obvio, este es uno de los objetivos de esta tesis doctoral.

4.3.1. Con trastornos del eje I:

El trastorno distímico de inicio en la infancia se complica con trastornos depresivos mayores y, a veces, con trastornos bipolares (Kovacs et al.,1994).

Según un estudio de la ECA (Weissman, 1988), el 77,1% de los distímicos presentaban otro trastorno, sobre todo d.m. y trastorno de angustia.

Pero también la dm. tiene una comorbilidad alta con otros trastornos del eje I: el 60% de los pacientes con d.m. tienen un trastorno de ansiedad durante su vida; la comorbilidad con la ansiedad generalizada es más alta todavía (Kessler et al, 1996). Además, el 90,4% de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, tuvieron al menos un episodio de trastorno de ánimo, ansiedad o abuso de sustancias (Wittchen et al, 1994).

Por lo que una comorbilidad tan alta no es específica de la distimia y pone en duda el modelo de categorías, más que la validez de cualquier categoría determinada..

La pertenencia nosológica de la distimia depende de si se puede distinguir clínica y epidemiológicamente del trastorno depresivo mayor.

En el DSM-IV se admite el trast. depresivo recurrente con episodios breves hipomaniacos.

La cronología de la comorbilidad tampoco está clara: ¿es una fase prodrómica o secuela de la d.m.? ¿Es la distimia de comienzo temprano en la infancia un marcador de la enfermedad afectiva recurrente, tal como Kraepelin (estado fundamental), o Kretschmer (temperamento afectivo), o Akiskal (enfermedad afectiva subsindrómica) ?.

4.3.2. Con los trastornos del eje II:

Se han visto asociaciones con cualquier tp.(59% de los distímicos/ 18% de los d.m.), pero más con los del tipo B y C : límite, histriónico, por evitación, autodestructivo, dependiente y esquizoide, en distímicos de comienzo temprano (Pepper, 1995).

Como se ha dicho ya, la frecuencia de tp. entre los distímicos es elevada: desde un 34% (Koenigsberg et al, 1985), hasta un 85% (Markowitz et al,1992).

En depresiones crónicas y depresión doble se ha visto una prevalencia de cualquier tp.del 51%(Keller et al,1998). En otros estudios, la prevalencia de tp específica en depresión crónica, ha sido: evitativa(21-29%), dependiente (9-12%), obsesivo-compulsiva (13-23%), autoderrotista (15-17%), paranoide (6-9%), borderline (8-10%) (Hirschfeld, 1999).

Sanderson (1992) no encontró diferencias en la comorbilidad con un tp., pero si con dos tp..

Los pacientes con t.p. tienen más posibilidades de padecer d.m. y bipolar, pero no distimia. El 87% de los pacientes con tp. límite y distimia, también tenían d.m. (Perry, 1985) y el 93% de los antisociales y distímicos, también tenían d.m..

Sanderson vió que el 48% de los distímicos no tenían t.p.; y el 50% de los d.m. tampoco los tenían..

Pepper observó que el: 40% de distimia comienzo temprano, no había ningún t.p.; y un 82% en d.m. episódica, sin t.p..

Sato et al.(1999) en una muestra japonesa ambulatoria de depresivos tratados, observan diferencias entre el tipo de t.p. según que el comienzo del 1º episodio depresivo sea temprano (<23 años) o tardío (>23 años). Se daban : más tp. (73% versus 54%), sobre todo del **tipo A y B** en los de comienzo temprano; después de controlar edad y género (que influyen), sigue siendo más frecuente: el **paranoide, histriónico, borderline y narcisista**; el cluster C es similar en ambos grupos.

Más criterios de personalidad: esquizotípico, histriónico, narcisista, borderline y antisocial.. podría significar una mayor probabilidad de evolucionar a bipolar (comienzo temprano, severa patología de personalidad, comorbilidad frecuente de trast. de ansiedad y abuso de sustancias: espectro bipolar blando),(Akiskal,1987).

Garyfallos et al, (1999) comparan pacientes ambulatorios distímicos y depresivos. Encuentran en la distimia más tp. que en la d.m.: sobre todo del tipo B y C, y en especial: borderline, histriónico, evitativo, dependiente y autodestructivo. Asimismo ven que la comorbilidad de los tp. con distimia o d.m., aumenta la gravedad psicopatológica de ambos (Beck y MMPI), más que sin t.p..

Comparando distímicos con depresivos, encuentra en estos una edad de comienzo más tardía y una menor duración de la enfermedad. En la depresión doble, el 1º episodio depresivo es anterior que en la d.m., y hay mayor puntuación (escala depresiva BDI) que en la d.m y distimia.

El t.p. histriónico se daba más en la distimia temprana que d.m.. En la distimia temprana y dep.doble temprana había más tp. narcisista que en la d.m..

En la distimia tardía solo se ve un diagnóstico diferencial. en t.p. como grupo respecto a d.m.: en la distimia temprana (83%) y tardía (54%) de tp. y más también en B y C y específicos (tp borderline, histriónico y evitativo) en la temprana respecto a la tardía. También se observan mas

tasa de B, C, tp borderline e histriónico en la distimia temprana, respecto a la distimia.

Hay una mayor asociación familiar entre distimia y tp. que entre d.m. y t de p..

El tp. más frecuente en el grupo de distímicos de Pepper era borderline: 28% en distímicos, 42% dist. temprano y 6% en d.m.. Otros estudios también abogan a una mayor relación de tp. borderline con distimia, más que con d.m.

La depresión doble no tiene una mayor tasa de tp. que la distimia; luego los tp. están más relacionado con la distimia que con la d.m. En dep. doble la diferencia entre temprana y tardía es solo respecto a tp. como grupo.

Los distímicos con tp. tienen un comienzo más temprano de la distimia y mayor duración del trast. que los distímicos sin tp.

En este estudio griego realizado en diversos países, se vió la siguiente comorbilidad (Garyfallos,1999): t p. 41% de los d.m. (9-85% en otros estudios) y 70% (15-90% en otros estudios) de los distímicos (longitudinal 5 años y ambulatorio).

Los tp. con tasas más elevadas de comorbilidad con trastornos afectivos son el tp. límite, el antisocial, el evitativo y el tp. dependiente.

La distimia de comienzo temprano y los t.p. del tipo B se dan con mayor frecuencia que con otros t.p., tanto en pacientes como en sus familiares. Esto ha animado a algunos autores (Riso et al.,1996) a hipotetizar sobre factores etiológicos compartidos entre la distimia y los t.p. del tipo B.

La comorbilidad de la distimia con el t p. evitativo se ha relacionado con peor recuperación (Hirschfeld, 1995).

En un estudio italiano (Spaletta et al.,1996) sobre varones jóvenes depresivos (con distimia, depresión mayor y trastorno adaptativo depresivo), se observó una mayor prevalencia de t.p. en los distímicos (43% por 22% en los depresivos mayores) y una prevalencia vital de intentos de suicidio menor en los distímicos (17% por 27% en los depresivos).

Algunos estudios encuentran más t.p. en distímicos, del 15 al 90% (borderline, evitativo, autoderrotista, dependiente y tp. no especificado), pero otros estudios no. Concuerdan en la mayor tasa de tp. en distímicos de comienzo temprano.

4.4. Estudios familiares

La distimia del probando aumenta el riesgo familiar de distimia.

La distimia es más alta en familiares de dm. de comienzo temprano.

La dm. de familiares de distímicos de comienzo temprano, era mayor que familiares de controles y algo mayor de los de depresión episódica.

La dm. crónica era alta en familiares de distímicos y de depresivos mayores.

Se ha comprobado una mayor frecuencia de trastornos distímicos, depresivos y de personalidad entre los familiares de pacientes con distimia de comienzo temprano, que entre los de controles. No se vieron diferencias entre los familiares de distímicos y depresivos respecto a la tasa de tp. (47-48,5%) ni de d.m.(31-26%), pero sí respecto a la distimia: más distimia entre familiares de distímicos que de d.m..

Luego se puede afirmar que la distimia y d.m. comparten una tendencia genética para la depresión.

En relación a los familiares de pacientes depresivos, estos tienen menor prevalencia de distimias, de tp. y en especial del grupo B, que los familiares de pacientes distímicos (Klein et al,1995).

El hecho de que se hayan encontrado depresiones "menores" en familiares de depresivos mayores (Maier et al, 1992b), cuestiona el modo de transmisión familiar hacia una base dimensional depresiva, en la que la endogeneidad o atipicidad del cuadro depresivo, sean fases del curso de la enfermedad.

4.5. Diagnóstico diferencial:

En el DSM-II, cuando se hablaba de neurosis depresiva o depresión neurótica, se pensaba más en un tpd. que en un trastorno afectivo. Esto cambió con el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV, en que la distimia o trastorno distímico, se engloba dentro de los trastornos afectivos o trastornos del estado de ánimo. Otros cuadros, anteriormente atribuibles a depresión neurótica, y que no encajan en la distimia, pasan a quedar englobados en la depresión unipolar o bipolar II (casi el 50% de las depresiones neuróticas), o dentro de los trastornos de ansiedad.

Akiskal (1995) denomina pseudounipolares a los pacientes con: trastorno unipolar, más comienzo temprano, muchos episodios, antecedentes familiares bipolares; además, tienen hipomanía con antidepresivos. También se les llama bipolar III o unipolar II.

El grupo endógeno abarca lo bipolar y unipolar, con base genética específica, curso característico y respuesta a tratamiento: los unipolares que tienen un episodio de depresión mayor cada 1 o 2 años, tienen una respuesta profiláctica al litio parecida a los bipolares.

La depresión neurótica tiene distinto perfil clínico y curso recurrente irregular, no hereditario y más bajo nivel jerárquico en la clasificación de los trastornos afectivos. Desaparece del DSM-III-R y IV, mientras que en el ICD-10 y DSM-III-R está como sinónimo.

Habría que comparar en estudios longitudinales, la distimia, depresión neurótica y depresión unipolar respecto a: rasgos clínicos, personalidad, curso, pronóstico en 3 o 4 años.

Algunos autores defienden la denominación de **depresión personal** en lugar de depresión neurótica. Consideran el ánimo depresivo y el estado de depresión neurótica como líneas de continuidad con los rasgos y dificultades de personalidad, sin implicar un tp. (afecta al 20% de la varianza). Buscando explicar la historia de desarrollo, adaptación y perfil de personalidad premórbida de la depresión neurótica, predecimos esa depresión neurótica o personal y los trastornos de ansiedad.

Se han observado diferencias entre la distimia y la dm. en la secreción de la hormona de crecimiento (GH) y la prueba de supresión con dexametasona.(DST).

También se han visto más acontecimientos adversos y condiciones educativas psicológicamente perjudiciales (abuso físico y sexual, peor relación parental, menor atención o mayor sobreprotección de los padres) en la distimia, respecto a la dm..

4.6. Clínica de la distimia:

La clínica de la distimia se comprueba mejor con diferencias cuantitativas y cualitativas respecto a la dm..

Las diferencias cuantitativas no están claras. Se dice que la dm. tiene más síntomas y mayor gravedad de ellos. Sin embargo, ésta aumenta en la distimia al ser crónica y los síntomas

persistentes, lo que agrava la disfunción del paciente.

Las diferencias cualitativas se basan en la mayor preponderancia de síntomas cognitivos y social/motivacionales en la distimia, y más síntomas vegetativos y psicomotores en la dm.

Tyrer (1990) realiza estudios de seguimiento de distímicos. Encuentra solo 1/4 de estabilidad diagnóstica 4 meses después: el resto eran depresiones mayores, pánico, melancolía, agorafobia, no trastorno (21%) y un t p. en un 50%. Se encuentra un gran solapamiento entre distimia y ansiedad.

La diferenciación de la distimia y la d.m. se basa en la severidad de los síntomas y la cronicidad. Básicamente son los mismos síntomas. Pero cómo se puede valorar en los diversos episodios recurrentes, ¿es la severidad sintomática valorable en la evolución?. Esto es frecuente en los cuadros psíquicos, la variación de la severidad.

Duburcq y Lecrubier (1999) observaron en pacientes distímicos en asistencia primaria, que tenían más síntomas del tipo de, llanto, desesperanza, incapacidad de afrontamiento, pesimismo y menor fatiga y pérdida de interés, de lo que encontraba en los depresivos.

Otros estudios (Clark et al, 1994) observaron como : la pérdida de placer o interés, la afectación del sueño y sentimientos intensos de desesperación y desaliento, se dan más en la dm...

Shores et al (1992), encuentran más diferencias cuantitativas y cualitativas: los distímicos puros, tenían un ánimo menos deprimido, y menor culpa, ideación suicida, insomnio tardío, retardo, deterioro en el trabajo o actividad y menores síntomas cognitivos que en la dm.. También eran menores en la distimia: la agitación, el estado de ánimo ansioso, la conducta ansiosa, la ansiedad psíquica y los síntomas gastrointestinales de menor gravedad.

El distímico es habitualmente letárgico, triste, rumiante, incapaz de alegrarse y preocupado por su insuficiencia personal. A veces se quejan en exceso de su sufrimiento, parecen manipuladores o sufridores existenciales, aunque no presentan síntomas objetivos de depresión, como los depresivos.

A pesar de su solapamiento con el tipo de personalidad depresiva de los psicoanalistas, el temperamento distímico (según autores alemanes) *se desmarca más de rasgos obsesivos, de dependencia y masoquismo*, enfatizando más síntomas subdepresivos. Los franceses lo denominan depresión constitucional (Peron-Magnan, 1992).

Serreti et al. (1999) realizan un amplio estudio ambulatorio, que excluye a pacientes con dm, tratando de buscar en los distímicos puros síntomas cognitivos-emocionales, y menos vegetativos y psicomotores (más típicos de la dm.). Encuentran dos tipos de síntomas a través de análisis factorial: tristeza (afectividad negativa) y fatiga mental (parecido a lo neurasténico o baja energía).

Si los pacientes distímicos tenían pocos síntomas, los que siempre estaban presentes eran: baja energía o fatiga (93%), pobre concentración o indecisión (79%) y baja autoestima (77%).

La misma afectividad negativa se ha propuesto como modelo de diátesis específico sobre el cual se desarrolla la personalidad depresiva (más adelante se verá), o el trastorno mixto ansiedad-depresión (pendiente de inclusión como definitivo en DSMs posteriores al actual (Barlow & Campbell,2000)).

Tanto el DSM-IV como el ICD-10 nos hablan del solapamiento de la distimia y el tpd, abogando por una común diátesis constitucional depresiva.

La distimia de comienzo temprano constituye un temperamento subdepresivo. Implica como temperamento, que tiene carga familiar afectiva y que en su evolución se darán episodios depresivos superpuestos; o sea, se incluye como patología afectiva y no de personalidad, por su "biología afectiva". La distimia pura, que solo evolucionará a dm. en un 50%, se ve más en la comunidad.. En la práctica clínica destaca el alto porcentaje de depresión doble.

El perfil sintomático de la **distimia (1*)**, según Akiskal, sería:

- ánimo: triste, abatido, rumiativo, anhedónico. - psicomotor: reserva, inercia, letargia.
- vegetativo: diurnidad (o cualquiera de los de arriba). - cognitivo: baja autoestima, rumiaciones culposas, perspectiva pesimista, pensamientos de muerte.

Tiene más síntomas y menos signos que la d.m.; es más subjetiva que objetiva; no se ven trastornos del apetito o de la libido o de la motórica importantes. Es una depresión "muda", con sintomatología crónica o intermitente.

Presenta rasgos endógenos sutiles: inercia psicomotora, letargia, anhedonia, peor por la mañana; tristeza habitual, rumiación o darle vueltas a las cosas, falta la alegría de vivir y preocupación por la propia inutilidad. Es como una depresión de bajo grado y larga duración que se experimenta como parte habitual del self, como acentuación de los rasgos del temperamento depresivo, como

la forma más sintomática de este temperamento:

- sombrío, sin humor, incapaz de alegrarse.
- triste y preocupado (rumiativo).
- autocrítico, con autorreproches, con tendencia a la culpa.
- preocupado por su insuficiencia, fracasos y resultados pesimistas.
- no asertivo, autosacrificado y dedicado.
- considera el sufrimiento como parte habitual del self.
- excéptico, hipercrítico y quejoso.

(Tomado de Akiskal, 1983).

Se ha sugerido que el tratamiento farmacológico de la distimia, podría dar validez predictiva a esta como variante subafectiva.

Si el trastorno depresivo es leve, es difícil diferenciarlo de los trastornos de ansiedad no graves.

Los distímicos tienen una gran devoción por el trabajo, descuidando actividades familiares, sociales y placenteras. Se asemeja a la descripción del tipo melancólico de Tellenbach y al temperamento depresivo de Kraepelin.

3/4 de los distímicos tienen otro trastorno del eje I. Esta alta comorbilidad no es específica de la distimia, pero pone en duda su validez nosológica y el modelo categorial.

Si se ve en los pacientes distímicos una autoestima y dominio bajos y alto grado de evitación/negación y rumiación, como estrategias de afrontamiento. Otros observan una mayor autocrítica (Roy, 1985) en relación con la baja autoestima y con la mayor inseguridad de los distímicos (¿consecuencia de no afrontar la depresión, o debilidad primaria de las capacidades de afrontamiento?).

4.7. Curso y evolución de la distimia:

Suele presentar un comienzo temprano e insidioso.

El estadio funcional y bienestar es peor que en la dm., con una remisión espontánea baja (16%)(McCullough,1994).

Puede llegar a tener 4 patrones temporales:

- *distimia primaria*, comienzo insidioso a edad temprana (70%): se complica con otros trastornos del eje I, sobre todo dm..

- *distimia 2ª* (21%), de comienzo más tardío, y tras otros trastornos del eje I , II y III.

- *distimia prodrómica 3ª* (?).

- *no distimia*, sino depresión mayor crónica (9%).

Casi todos los niños distímicos desarrollan después una dm. (80%). Aunque los niños con distimia en la infancia parecen recuperarse de ella, luego se desarrollan en su evolución otros trastornos mentales del Eje I.

Cuando se da la relación de tp. y distimia temprana, aparece más pronto un episodio depresivo (depresión doble temprana, más carga de tp.).

La duración media de la distimia antes de la 1ª presencia combinada de episodio depresivo mayor es de 5 años (Keller, 1982). Los pacientes distímicos solo buscan tratamiento cuando se da un episodio depresivo mayor.

La distimia pura es rara y la comorbilidad es alta, sobre todo con la d.m..

Según la hipótesis de un espectro de trastornos depresivos (Kraepelin, 1913; Akiskal, 1990; Hirschfeld, 1990): la distimia casi siempre precede a d.m.; comparten espectro genético y se da una agregación familiar de la distimia y los episodios depresivos mayores.

El modelo de inducción (kindling) (Angst, 1995) abarca el espectro de los subgrupos de depresión (depresión crónica, d.m., distimia, depresión menor, depresión breve recurrente, personalidad depresiva), todos deberían tratarse de la misma manera.

La distimia puede ser unipolar y bipolar: con evolución a hipomanía , manía y temperamento ciclotímico; pueden verse pacientes bipolares entre los familiares de distímicos y de depresivos.

5. PERSONALIDAD DEPRESIVA

5.1. Historia de la personalidad depresiva

Kraepelin (1921) y Kretschmer (1954) postulaban que el temperamento depresivo era una forma

menor o incompleta de trastorno afectivo.

De acuerdo con Kraepelin: **los temperamentos afectivos representan fases atenuadas prolongadas de trast. afectivos**, que existen en, antes o después de los episodios afectivos.

Los temperamentos afectivos son rasgos subafectivos, manifestaciones de trast. afectivos, manifestaciones subumbral afectivas inseparablemente mezcladas con rasgos de personalidad (Akiskal, Hirschfeld, Widiger). Es difícil saber cómo distinguir: **sínt. intermitentes de bajo grado (pródromos) y temperamento.**

Schneider (1958), no pensaba igual: las **personalidades anormales** (tipos psicopáticos, depresivo, hipertímico,...) representan extremos en sentido estadístico, tienen menor relación con el estado maniaco-depresivo. Discrepaba diciendo que era una variante anormal de la forma de ser del individuo, que le produce sufrimiento o hace sufrir a los demás, sin ser una enfermedad.

Kretschmer (1926), como Kraepelin, postula que las psicosis endógenas representan acentuaciones marcadas de tipos normales de temperamento. También describió el temperamento (Wesenart) y el carácter, más que la personalidad. No es fácil saber si se refería o no a la personalidad normal. Describió el carácter como: “la totalidad de todas las posibilidades de reacciones afectivas y voluntarias de cualquier individuo”(Kretschmer,1922). Para él, la psicología anormal se podía predecir por la correlación de lo físico con el temperamento y carácter, junto con “la química de la sangre”.

Jaspers (1946), incluyó dentro de los tp los trastornos neuróticos y reacciones adaptativas. Trató de diferenciar las personalidades normales de las anormales. Distinguió 2 tipos: el 1º como “personalidades anormales que simplemente representaban disposiciones que se desviaban de la media y aparecían como variaciones extremas de la naturaleza humana”, y el 2º: o genuinamente enfermos, y el cambio se daba como resultado de un proceso adicional (tras una psicosis o demencia). Se volvía a la dicotomía de conceptualiza el tp como enfermedad mental o como el extremo final de la variación normal.

Los psiquiatras americanos de la 1ª mitad del siglo pasado eran más juiciosos y hasta peyorativos con los tp. Partridge (1930) definió 3 categorías: la inadecuada (incluye los inseguros, depresivos, de poca voluntad y asténicos), la egocéntrica (contestatario, paranoide, explosivo y excitable) y los de conducta criminal (mentirosos, estafadores, vagabundos y perversos sexuales).

Henry Ey, en su "Tratado de psiquiatría" de 1965, incluye a las personalidades psicopáticas dentro del capítulo de las enfermedades mentales crónicas, que considera como un desequilibrio psíquico, destacando en él las anomalías caracterológicas de las personas; y dice que las características básicas son la antisociabilidad y su impulsividad.

En 1966, Robins comienza con las bases para lo que se llamó después, en el DSM, "trastornos de la personalidad".

Kernberg (1992): define el trastorno depresivo-masoquista de la personalidad:

constituye uno de los 3 tipos de t.p. de alto nivel o de la "organización neurótica de la personalidad" (junto con el trastorno obsesivo-compulsivo e histérico). Tienen una identidad yoica bien integrada (buena tolerancia a la angustia, control de los impulsos y funcionamiento sublimatorio) y un superyó estricto, pero bien integrado. Son capaces de establecer relaciones objetales profundas y bien diferenciadas. Tienen 3 tipos de rasgos caracterológicos:

- rasgos que reflejan un superyó intransigente: serio, concienzudo, responsable en el trabajo, solemnes, sin sentido del humor; se deprimen si no están a la altura de sus normas o expectativas elevadas..

- rasgos que reflejan una dependencia excesiva del apoyo, amor y aceptación de los demás: tendencia a sentir culpa excesiva respecto a los otros, una vulnerabilidad anormal cuando los otros le decepcionan; a menudo van muy lejos para obtener simpatía y amor.

- que reflejan dificultades en la expresión de la agresión.: tienden a deprimirse en situaciones que normalmente producirían cólera o ira.

Se correspondería esta triada con el "masoquismo moral" de la literatura psicoanalítica (Freud, 1916; Fenichel, 1945; Berliner, 1958; Brenner, 1959).

Simons (Simons. 1986; Simons. 1987) señala que **masoquismo y personalidad depresiva** coexisten, pero que muchos de los rasgos de los dos trastornos son bastante distintos. Este autor distingue el "trastorno masoquista de la personalidad" y "el masoquismo moral". En el primero, Simons se refiere a las conductas que provocan reacciones punitivas y de rechazo por los demás; mientras que el último se refiere a las conductas intrapunitivas tales como autocritica y culpa. El masoquismo moral se superpone con la personalidad depresiva.

En 1992 Akiskal reconceptualiza su concepto de temperamento depresivo: en relación con la

personalidad como eje II, o eje I como enfermedad afectiva subsindrónica, o ninguno de los dos. El temperamento depresivo no tiene el mismo diagnóstico que la dep. no endógena más rasgos de personalidad histriónicos; tampoco tiene el mismo tratamiento.

Se encuentra bastante coincidencia en la literatura con los criterios de Schneider y Akiskal (con sus clasificaciones de depresión crónica, y dentro de las caracteriales, los dos subtipos de distimia subafectiva y trastornos del espectro del carácter). La distimia subafectiva de Akiskal se parece mucho a la personalidad depresiva de Schneider y a la propugnada actualmente para investigación en el apéndice del DSM-IV.

La ciclotimia permanece como posible dimensión central (parecido a la constitución cicloide de Krestchmer, 1926). Apoya a los temperamentos depresivos e hipertímicos, como Schneider (1958), que se corresponden respectivamente con: los temperamentos depresivos y maníacos de Kraepelin.

No sabemos si los temperamentos afectivos (ciclotimia) son pródromos prolongados de trastornos afectivos mayores (von Zerssen, 1993) o rasgos de naturaleza a lo largo de la vida.

5.2. Schneider

Los criterios de personalidad depresiva o el psicópata depresivo de Schneider (1958), recogidos por Akiskal(1989), se agrupan en 7 rasgos:

- tranquilo, pasivo, no asertivo.
- triste, pesimista, sin ánimo, incapaz de alegría.
- autocrítico, autorreprochante, autoderogatorio.
- excéptico, hipercrítico y difícil de agradar.
- concienzudo, responsable y autodisciplinado.
- rumiativo y propenso a preocuparse.
- preocupado de los eventos negativos, sentimientos de inadecuación y obstáculos

personales.

Es un pesimista anhedónico (que no disfruta del placer), quejoso y que no encuentra un sentido, un para qué de valor a la vida.

Se tiene un rango estándar del ánimo; hay oscilaciones de éste de acuerdo a la circunstancia, pero es un rango.

El psicópata depresivo está por debajo de este rango del ánimo "normal", pesimista, con cara de pocos amigos, anhedónico, quejoso, nada le viene bien. Si se le presenta un plan, contesta que no porque va a fracasar. No hay una finalidad y todo va a salir mal. Viven cavilando sobre lo negativo.

Todo lo toman en serio, falta la alegría espontánea.

Suelen tener un excelente desempeño en el área del trabajo, son meticulosos, muy responsables, cuidadosos, puntuales y, por supuesto, rígidos. Ellos toman el trabajo como lo único que los entretiene y que los hace sentirse útiles.

También pueden tener fases depresivas al igual que el "normal". El psicópata depresivo parte de su estado de ánimo, sufre el episodio, y nosotros lo vemos cuando está muy depresivo, que es cuando lo traen los familiares o viene él; tiene las mismas características que cualquier otra d.m. (angustia, ideas suicidas, etc).

¿Qué ocurre? Si desconocemos las características de esta personalidad, cuando vuelva a su rango de ánimo, para nosotros todavía está deprimido, porque sigue pesimista, anhedónico, quejoso, sin finalidad, aburrido. Parece que este paciente no salió de la fase, sigue depresivo, mejoró algunas características de la depresión (suicidio, etc), pero continúa depresivo. ¿Por qué? Porque siempre vamos a tender a llevarlo al rango de "ánimo normal", cosa que no va a ocurrir jamás. Entonces uno debe trabajar con estos psicópatas depresivos teniendo en cuenta que su personalidad depresiva es su manera de ser. Su familia nos dirá que él siempre fué así.

Es simplemente recuperar el estado de salud anterior y, en el caso de este psicópata, es seguir teniendo esa personalidad depresiva..

Un rasgo no determina la etiqueta de psicópata, deben reunirse un conjunto de ellos. Los rasgos deben, además, ser persistentes y no ocasionales. No deben ser egodistónicos sino que pertenecen a la manera de ser de la persona.

5.3. Clasificaciones internacionales

En la CIE 8 y 9 se habla de personalidad afectiva, dentro de los t p.

En la DSM-I y II se incluye la personalidad ciclotímica, pero en la DSM-III, ya es dentro de la distimia donde encaja la personalidad depresiva..

Tomando como partida los criterios de Schneider, se fueron corrigiendo items : “concienzudo”, se correlacionaba negativamente con otros rasgos, e “introversión”, con otros t.p., por lo que fueron eliminados (Kein,1990). Posteriormente se ha visto como este item se ha reincorporado.

Gunderson et al (1990) defienden la personalidad depresiva, sobre todo por sus aspectos cognitivos e interpersonales, diferenciadores de los somáticos de la distimia.

Hirschfeld (1994) va más allá y colabora en la elaboración de los criterios diagnósticos de esta entidad, incluyéndose en el apéndice B del DSM-IV, como criterios propuestos para investigación. Destaca el componente básico: “ creencias excesivamente negativas y pesimistas acerca de si mismo y de los demás” y otros 7 items, de los que se deben cumplir 5 para tener el tpd.

5.4. DSM-IV: Criterios diagnósticos para la personalidad depresiva

A) Patrón permanente de comportamientos y funciones cognitivas depresivos, que se inicia al principio de la edad adulta, y se refleja en una amplia variedad de contextos, y que se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:

1. El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad;
2. La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima;
3. Se critica, se acusa o se autodescalifica;
4. Cavila y tiende a preocuparse por todo;
5. Critica, juzga y lleva la contraria a los otros;
6. Se muestra pesimista;

7. Tiende a sentirse culpable o arrepentido.

B) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico.

Mientras que la distimia destaca por síntomas somáticos y vegetativos, el tpd. tiende a rasgos cognitivos, interpersonales e intrapsíquicos. No obstante, los síntomas psicológicos de la distimia (baja autoestima, y sentimientos de desesperanza), también se observan en el tpd. Esto nos sugiere que la distimia es un constructo más amplio que el tpd. , e incorpora algunos rasgos de ella.

5.5. Akiskal

Akiskal (1989) y Klein (1990) han sugerido la **relación espectral** entre distimia y tpd., a través de las dimensiones estado-rasgo y crónico-agudo. Se parecería a la relación que se da entre el t.p. esquizotípico y la esquizofrenia, o entre el t.p. evitativo y la fobia social.

Akiskal (1989) sugiere la relación dimensional en el constructo “depresión caracterológica” (enfermedad depresiva media, crónica, con comienzo temprano e insidioso), con sus 2 subtipos: personalidad depresiva y trastorno del espectro del carácter. La 1ª comparte rasgos con la depresión unipolar: misma respuesta al test de supresión de dexametasona y a la privación del sueño, que los trastornos afectivos (Hauri y Sateia,1984); respuesta similar que la depresión ante los antidepresivos tricíclicos, IMAOs y al litio (Akiskal,1989).

5.6. Millon

Millón (Millon, 1994,1996) ha delineado los rasgos centrales del tpd, en relación con el esquema de polaridad. Lo incluye dentro del grupo de personalidades con dificultades para el placer, con distintos subtipos. Para este autor, el patrón de características prototípicas de los trastornos depresivos de personalidad, es:

- Comportamiento observable: abatido; Comportamiento interpersonal: indefenso.

- Estilo cognitivo: pesimista; Autoimagen: inutilidad.
- Representaciones objetales: abandonadas; Mecanismos de defensa: ascetismo.
- Organización morfológica: reducida; Estado de ánimo/temperamento: melancólico.

Para Millon (1995) los rasgos de personalidad depresiva abarcan diversos subtipos de personalidad que son propensos a los trastornos afectivos; como tal sería un constructo útil en el diagnóstico y en el tratamiento.

Las características, para este autor, serían: sombrío, pesimista, pérdida de la capacidad para disfrutar, incapacidad de experimentar placer y retardo motor. Ha habido una pérdida significativa, un sentimiento de estar perdido, ausencia de esperanza, del disfrutar y de la felicidad.

Destaca la orientación al dolor, la desesperación con relación al futuro, una mirada desanimada y abrumada, una sensación de lo irreparable e irrecuperable en cuanto al estado de sus asuntos, donde lo que podía haber sido, no es posible de ser alcanzado. Esta personalidad experimenta dolor como cosa permanente, y el placer es considerado un imposible.

La evidencia favorece una predisposición constitucional fuerte, bajo el peso de factores genéticos. El umbral que permite el placer o sensibiliza a la tristeza, varía apreciablemente. Algunos individuos están inclinados al pesimismo y a la desdicha.

Así mismo la experiencia puede condicionar una orientación de desaliento. Una pérdida significativa, una familia desconsolada, un medio ambiente infructuoso, una perspectiva desesperanzada, pueden configurar un estilo de carácter depresivo (ver tabla):

Dominio Clínico del Prototipo Depresivo (Millon)
<i>Nivel conductual</i>
(F) <u>Expresión Desconsolada</u>: apariencia y postura dirigida a un irremediable abandono, abatido, desdichado, o una cualidad de desconsuelo, irremediamente sin espíritu, y descorazonado, mostrando un sentido de permanente desesperanza e infelicidad.
(F) <u>Falta de defensas interpersonales</u>: alcanza sentimientos de vulnerabilidad, sobresalto, desamparo. Puede implorar a los otros protección y apoyo; teme ser abandonado o la deserción de los demás; puede no solo actuar de manera peligrosa, buscando o demandando seguridad de afectos, constancia y devoción.

Nivel fenomenológico

(F) Cognitivamente pesimista: Posee actitudes de derrota y fatalistas acerca de todos los aspectos, ve las cosas en su sentido más "negro" e invariablemente espera lo peor; se siente caer, descorazonado, débil, da una interpretación triste de los acontecimientos habituales, considerando que las cosas nunca irán bien en el futuro.

(S) Desvalorización de la autoimagen: Se juzga a sí mismo como sin futuro, desvalorización para sí mismo y a los demás, aspiraciones inadecuadas y no exitosas; infructuoso, estéril, impotente, ve al self como inconsecuente y reprochable, si no despreciable; una persona que podrá ser criticada y desvalorizada, tanto como sentir culpa por no ser digno de alabanzas o no alcanzar logros.

(S) Objeto de abandono: Las representaciones internalizadas del pasado parecen alejadas, como si las tempranas experiencias están vacías o desvitalizadas, drenada su riqueza y su felicidad, o abandonada en la memoria, llevándolo a sentirse abandonado, desamparado, descartado, desplazado y aislado.

Nivel intrapsíquico

(F) Mecanismos de ascetismo: Se engancha en actos de autonegación, autocastigo, autotormentos, creyendo que uno debe exhibir aflicción, y estar privado de la generosidad de la vida; no solo hay un repudio del placer, hay juicios muy duros, tanto como actos autodestructivos.

(S) Organización vacía: Un andamiaje de las estructuras morfológicas que está marcadamente debilitado, con métodos de enfrentamiento desvirtuados o embotados, y las estrategias defensivas empobrecidas, vacías, y faltas de vigor y de foco, resultando en una disminución, sino en una capacidad exhausta para iniciar la acción y regular el afecto, el impulso y los conflictos.

Nivel biofísico

(S) Humor melancólico: Típicamente calamitoso, sombrío, afligido, sin gozo, y malhumorado; angustiado y amargado; su bajo espíritu y el estado disfórico raramente remiten.

5.7. Modelos teóricos:

Se concocen 2 procesos para el desarrollo de la personalidad: capacidad para la relación interpersonal y desarrollo de la definición del self. Cada uno evoluciona de manera interactiva y recíproca con el otro proceso, desde la infancia temprana a través de la vida (Blatt,1990)(líneas de desarrollo anaclítico/dependiente vs introyectivo/autocrítico). Un parenting disfuncional puede deteriorar el desarrollo de estos procesos de personalidad.

Para Bowlby (1988) (anxious attachment vs compulsive self-reliance, o apego ansioso versus autoconfianza compulsiva) : los modelos mentales (creencias y expectativas sobre el self y los demás) son construidos a través de las experiencias tempranas del niño con sus padres, son determinantes principales de las anormalidades de las relaciones interpersonales adultas y de la psicopatología consecuente (ansiedad y depresión).

Un modelo de relación personalidad y depresión es el de la diátesis al estrés de la depresión (Beck et al,1979): 2 tipos de modos de personalidad que pueden predisponer a los individuos a la depresión: personalidad autónoma (individuos con excesivas demandas personales para control y logros) y la personalidad sociótropa (individuos con intensa necesidad de ser amados y altamente estimados por los demás). Estresores congruentes con cada modo de personalidad precipitan la depresión (tipos de personalidad como camino para la depresión).

Pilkonis(1988) distingue los individuos cuyo sentido del self depende de la disponibilidad de relaciones cercanas versus aquellos cuya autoestima está más influida por temas de autonomía, logro y autodefinición. Estos dos tipos de esquema en el contexto de la relación entre personalidad y depresión se han defendido por autores de distintas corrientes: Arieti y Bemporad (1993) (necesidad de un otro dominante vs una meta dominante), Blatt (anaclítico/dependiente vs introyectivo/autocrítico), Bowlby (apego ansioso vs autoconfianza compulsiva), Main (preoccupied/enmeshed vs dismissing adult attachment styles, o, preocupado/mezclado versus estilos apego adultos abandonados).

Se han comparado los modelos de Beck y Blatt (1982), encontrándose una convergencia global y parecidos rasgos interpersonales, entre dependencia y sociotropía por una parte, y entre autonomía y autocrítica por otra (Alden & Bieling,1996). No obstante, la autocrítica se diferencia algo de la

autonomía respecto a las interacciones interpersonales: más desconfianza, evitación social y preocupación por las reacciones de los demás. También se ha implicado la autocrítica como modelo cognitivo de vulnerabilidad no solo de la depresión, sino también de: paranoia, trastornos obsesivo-compulsivos, narcisismo fálico y fobia social (Blatt,1991; Cox, 2000).

Ilardi et al (1997) exponen las razones por las cuales los t.p. pueden predisponer a la depresión:

a) el eje II causa distrés clínicamente significativo, por definición (APA, 1994).

b) los individuos con eje II tienen tendencia a experimentar eventos vitales negativos que han sido implicados casualmente en el comienzo de algunos episodios depresivos (Brown y Harris, 1989; Pfohl et al,1984).

c) los individuos con eje II, tienen muy altos niveles de cogniciones depresogénicas (Evans y Craighead,1995; O'Leary et al,1991).

Los modelos preexistente, o complicación o asociación de distimia y algún t p. (Riso, 1996), comparten o solapan factores etiológicos (Factores genéticos compartidos, disregulación serotoninérgica o adverso ambiente temprano en el hogar, ?) (distimia temprana y tp. B o borderline).

Sería mejor aglutinar varios modelos de relación entre distimia o trast. de ánimo y t p. . Se necesitan más estudios de tipo clínico, familiar, resultado de tto., psicobiológico, etc.

5.8. Modelos etiológicos de la personalidad y la depresión-tp. asociada

Se ha visto una asociación entre un parentaje temprano deficiente en pacientes depresivos ambulatorios, que se asocia con disfunción de la personalidad y no con subtipos depresivos (Carter et al, 1999). Observan estos autores una relación de deficiente parenting con: depresión recurrente, trast. sustancias comórbido, sintomatología actual y tp.; no ven relación con: melancolía y edad de comienzo o severidad de la depresión. Concluyen que la disfunción de la personalidad puede ser un mediador entre la deprivación parental temprana y la psicopatología del adulto.

La insuficiencia de protección y cuidado parental infantil se asocia con síntomas depresivos adultos (Perris et al.,1986). Algunos especifican que es la depresión no melancólica la que se asocia más a parenting disfuncional (bajo cuidado y alta protección) que la melancólica o bipolar (Parker et

al,1987).Otros no lo relacionan con la depresión el deficit parenting, sino como un factor de riesgo general de psicopatología (Perris 1991a; Gerlsma et al,1993).

Posibles mediadores o factores de los efectos del parenting temprano y la depresión del adulto son: aspectos de la personalidad: funcionamiento interpersonal (Boyce et al,1991), baja autoestima (Parker,1993), estilo cognitivo disfuncional (Whisman y Kwon, 1992). Luego podría haber relacion con los t.p.y el PBI (Parental Bonding Instrument: mide 2 dimensiones de las conductas y actitudes parentales: cuidado y sobreprotección o control.

También se ha relacionado más a la mujer respecto al hombre en el riesgo mayor de padecer depresion si tuvo un deficit de cuidado en la infancia (Oakley-Browne et al,1995).

Si se ve relación con el eje II, con la disminución del cuidado parental: t.p. paranoide, borderline, evitativo y dependiente.

Se puede concluir que la personalidad y sus trastornos puede ser la variable clave mediadora entre deprivación parental temprana y psicopatología adulta.

5.9. Diagnóstico:

La característica esencial de este trastorno es un patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos. Este patrón no aparece exclusivamente durante un episodio depresivo mayor y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Entre los comportamientos y funciones cognoscitivos de tinte depresivo se incluyen sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.

Estos individuos se caracterizan por mostrarse especialmente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Algunos creen que no merecen ser felices o divertirse. Es frecuente que tiendan a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos. Perciben el futuro tan negativamente como ven el propio presente, dudan que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y, aunque presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos.

Su autoestima es baja y se traduce especialmente en sentimientos de impotencia. Los individuos con este trastorno tienden a juzgar a los demás tan duramente como lo hacen con ellos mismos, destacando sus defectos muy por encima de sus virtudes, y pueden mostrarse negativos, contrarios, críticos y dados a la censura.

Estos individuos pueden mostrarse tranquilos, introvertidos, pasivos, no asertivos y propensos a dejarse llevar por los demás antes de asumir el liderazgo.

Varones y mujeres resultan igualmente propensos a padecer este trastorno.

En el DSM IV los individuos que cumplen criterios de tpd. reciben el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad No Especificado.

5.10. CLINICA

5.10.1. Personalidad depresiva y temperamento:

Los rasgos típicos de la personalidad depresiva se lograron definir a través de diferentes aproximaciones: son la tristeza, el pesimismo, una baja autoestima, una autocrítica severa y la culpa. El déficit central en la personalidad depresiva parece estar primariamente en el dominio cognitivo (Hirschfeld, Shea, Gunderson y Phillips, 1986).

Se basa esta noción de personalidad depresiva en que las creencias y los estilos cognitivos negativos persisten a lo largo de diferentes situaciones, y requieren ser activados por otros agentes. Esto también se encuentra en la concepción de la depresión neurótica y del modelo de estrés-diátesis.

Akiskal (1983)) y otros autores (Klein, 1990; Kocsis y Frances, 1987)) han especulado que la categoría de personalidad depresiva puede superponerse significativamente con la distimia, en especial la de inicio temprano.

La relación entre el temperamento y los trastornos afectivos ha sido motivo de gran estudio y controversia. Hasta el momento el neuroticismo (tendencia a estar en disposición ansiosa, emocionalmente inestable, tímido, fácilmente trastornado o desbordado) es un marcador de vulnerabilidad para episodios depresivos mayores. Hirschfeld (1989) matizó que era después de la

edad de 31 años cuando esta dimensión provocaba vulnerabilidad, dado que el neuroticismo era inestable y disminuía entre los 17 y 25 años.

La crítica fundamental al neuroticismo como dimensión predisponente de la depresión es su no especificidad.: también afecta a los trastornos de ansiedad (Watson et al, 1988) y a muchos tp (Costa, 1993). En un estudio gemelar reciente, Kendler (1993) observó como el neuroticismo se encargaba de la transmisión hereditaria de la vulnerabilidad para los trastornos depresivos (un 70% de herencia). Se ha criticado además al big five por excluir de sus dimensiones de personalidad a la autoestima o rasgos emocionales afectivos (Tellegen, 1993). Este autor propone incluir la afectividad positiva (en relación con extraversión) y negativa (complementario con el neuroticismo). Ven las dimensiones de afectividad como: “ constructos en respuesta a señales de emoción y disposiciones temperamentales-emocionales “.

La afectividad negativa o emocionalidad negativa es una constelación de rasgos negativos: nervioso, preocupado, irritable, muy sensible, lábil emocionalmente, fácilmente herido. Parecería que sería una dimensión vulnerable a lo depresivo, pero también se asocia a trastornos de ansiedad. Se diferencian ambos trastornos en una menor afectividad positiva (pérdida de placer), que también caracteriza a los estados depresivos.

Se ha demostrado que la hostilidad, factor incluido dentro de la afectividad negativa se hereda (Buss y Plomin, 1984).

Un autor como Akiskal, que tanto ha investigado este tema, utiliza para su muestra la:

Entrevista semiestructurada de temperamento afectivo (TEMPS-1)(Akiskal, 1998)

En una muestra no clínica. Utiliza el análisis de componentes principales con rotación varimax.: 4 factores dimensionales:

- temperamento ciclotímico, depresivo, hipertímico e irritable.
- depresivo se correlaciona negativamente con hipertímico.
- irritable se necesita definir mejor.
- los otros 3 (temperamento depresivo, ciclotímico e hipertímico) coinciden con la teoría de Kraepelin (estados fundamentales como predisposición personal de trastornos afectivos mayores), Kreschmer y Schneider.

Los items más frecuentes según el método univariante, no siempre son los más discriminantes.

Realiza un análisis factorial exploratorio sobre los 4 factores para identificar dimensiones, con rotación varimax: 2 factores: ciclotímico, con mayor proporción de varianza; y depresivo, con correlación negativa con hipertímico..

Con el análisis de regresión múltiple encuentra criterios que predicen con exactitud la pertenencia a un grupo temperamental: **temperamento depresivo se predice más por el ítem: “ preocupado por inadecuación, fallo y eventos negativos, hasta el punto de disfrute mórbido de los fallos propios”** es el rasgo más predictivo.

El menos relevante es “autocrítico, autorreproche o autoderogatorio”, pero altamente correlacionado con el 1º en el análisis factorial (si se posee uno de los atributos, hay alta probabilidad de tener el otro). El 2º que más predice es: “consciente y autodisciplinado “; luego, en orden descendente:

- triste, pesimista, sin humor o incapaz de alegría;
- tranquilo, pasivo o no decisivo; rumiativo y dado a preocuparse;
- excéptico, hipercrítico y quejoso (se propone que sea eliminado del cuestionario);
- autocrítico, autorreproche, autoderogatorio.

Si se dan los 2 primeros, más otros 3, ya se clasifica como temperamento depresivo.

Otros autores también destacan los rasgos obsesivoides como rigidez, dentro del temperamento melancólico (Tellenbach, von Zerssen) . Coincide con “consciente y autodisciplinado”. Gunderson excluye este rasgo obsesivo. Este “typus melancholicus” de Tellenbach, se ha propuesto como más cercano a un tipo de temperamento normal, el cual predispone más a dm que a un tp tipo tpd.

5.10.2. Comorbilidad:

También tiene solapamiento el tpd. con la distimia: del 27 al 30% (Klein, 1990); en muestras no clínicas (Klein, 1993), el 81% de los que tenían tpd., no eran distímicos y el 78% no tenían d.m..

También se da una mayor prevalencia de d.m. actual y vital en pacientes con tpd.

Hirschfeld vió ese solapamiento de este tp., pero sin tener congruencia con ninguno: 45% de los d.m., tenían tpd. comórbido; 58% de los distímicos, con tpd. comórbido; 75% de los tpd. , con d.m. vital y 51% actual; 48% de tpd., no distimia actual y 40% no distimia vital. Y el 61% de tpd. , sin distimia de comienzo temprano (Hirschfeld, 1994).

Se aboga por una nosología diferente del tpd., cuyos rasgos están más orientados a la personalidad y menos orientados afectivamente.

5.11. Diagnóstico diferencial:

Refiriéndose al diagnóstico diferencial difícil entre distimia de comienzo temprano y personalidad depresiva, Tyrer (2000) nos dice: “ Uno de los problemas es que, siendo la distimia un diagnóstico a largo plazo y siendo la personalidad una característica persistente, uno de los criterios principales que utilizamos para separar la personalidad de su estado mental, es su persistencia. Si tenemos una condición, un trastorno mental que es persistente, ello lo hace sumamente difícil “. Sin embargo, se ha observado, que contrariamente a lo esperado, la coocurrencia de tpd con distimia de comienzo temprano es más baja que la de la tpd con la distimia (solo el 17% de tpd tenían distimia de comienzo temprano) (Phillips et al, 1998).

En muestras clínicas y no clínicas, se dan un solapamiento insuficiente en criterios operacionales entre distimia y tpd.. No se sabe si la distimia se asocia más con un tp. que con la d.m.. Además, metodológicamente es muy difícil saberlo, diferenciar tp. de trastornos de ánimo.

Donde la diferenciación es más fácil es en la distimia de comienzo tardío, tanto por la edad de comienzo, como en algunos rasgos clínicos: mayor frecuencia de rasgos de personalidad autoderrotista que en tpd y que en distimia de comienzo temprano (Irastorza, 1998).

Otra posibilidad de diagnóstico diferencial ha de ser la del tpd y la normalidad, esto es, el temperamento depresivo pero normal (como pudiera ser el melancólico de Tellenbach). Pero si vemos que el tpd tiene deterioro en el funcionamiento habitual del paciente o le causa “distrés”, entonces ya es una entidad clínica (Klein & Miller, 1992).

El mismo cuestionamiento se podría aplicar a los temperamentos hipertímico, ciclotímico e irritable (Kraepelin, 1921; Akiskal, 1989): ¿son tp, con distrés y deterioro asociado?, ó, ¿son rasgos constitucionales, no patológicos, relativamente normales, que pueden existir en un espectro con los trastornos del ánimo del eje I? ¿o quizás predisponer a las personas a ellos?

Diferencias en el modelo de variación distingue trastornos del eje I del II: los primeros, los depresivos, tienen más tendencia hacia exacerbaciones agudas para volver luego al nivel basal. Los

tp, con sus dimensiones, tienen menor variación a través del tiempo, y parcialmente correlacionada con los síntomas depresivos.

El curso sindrómico también diferencia los trastornos del eje I y II, no por mecanismos patofisiológicos (pueden tener los tp relación genética o familiar con los trast. del eje I, responder a medicación, relacionarse con anomalías en sistemas de neurotransmisores comunes también al eje I). Es posible que los trastornos del eje I covaríen no con categorías específicas de tp, sino con rasgos de personalidad que pertenecen a varias categorías diferentes.

5.12. Personalidad y depresión: estabilidad.

A la hora de relacionar personalidad y depresión, a) habrá que diferenciar los cambios absolutos de personalidad de la relatividad de la personalidad, la que se mantiene; b) qué cambios dependen de la severidad depresiva.

Hay que diferenciar entre estabilidad absoluta, o cambios de personalidad con el tiempo; de estabilidad relativa, o persistencia de diferencias relativas de personalidad entre individuos. En los síntomas residuales o resistentes al cambio, con mayor riesgo de recaída, podemos ver los factores de personalidad de la estabilidad relativa. Esta se ha observado más estudiando longitudinalmente al paciente, y no en una depresión aguda. Si disminuyen los rasgos con la mejora depresiva ¿qué cambios de severidad depresiva implican cambios de personalidad? Si fuera así, se daría el modelo de complicación.

Por el método estadístico de regresión jerárquica se puede ver la extensión de la estabilidad de las diferencias relativas de personalidad en relación a las diferencias individuales de severidad depresiva. Se dan cambios de neuroticismo y extraversión, pero no se deben enteramente a cambios de ánimo. Facetas del neuroticismo como vulnerabilidad y hostilidad, no se relacionan con el episodio depresivo. No cambia la impulsividad. Luego persiste una estabilidad relativa, a pesar del cambio de la personalidad en poco tiempo por el tratamiento antidepresivo.

Los fármacos podrían afectar la personalidad; o por cambios, efectos indirectos de otras variables, como life-events o el ambiente interpersonal, moderan o median entre la personalidad y la depresión. O, tal vez, el mayor tiempo del estudio o con psicoterapia (aunque se han visto los mismos efectos

que con fármacos).

Según Santor et al. (1997), con pacientes ambulatorios tratados 5 semanas en un protocolo antidepresivo, basándose en el neuroticismo y extraversión como factores de personalidad: se dan cambios moderados de la personalidad con la depresión (en el estado agudo), pero persiste la estabilidad relativa de la personalidad. Demuestra que los factores de personalidad sí son estables y no estado dependientes. Con ello aboga por la teoría de la vulnerabilidad, yendo en contra del modelo de complicación o causa común.

5.13. Cambios de personalidad por el tratamiento antidepresivo:

Ekselius (1999) en un estudio de depresivos ambulatorios observa como cambian los rasgos de personalidad con sertralina y citalopram: disminuye la ansiedad y agresión (escala de Karolinska) y aumenta la deseabilidad social y socialización. Solo se ve influida la mejora de los síntomas depresivos hasta un 8,4% de la varianza. La escala de Karolinska mide la personalidad, independientemente de si está o no depresiva, salvo la ansiedad psíquica y somática, y deseabilidad social.

Los ISRS normalizan los rasgos aumentados o disminuidos de personalidad: disminuye la agresividad (en d.m., borderline, t.p. con conducta agresiva impulsiva más irritabilidad y en sanos disminuye la hostilidad asociada al afecto negativo).

La socialización está disminuida antes del tto. antidepresivo y se correlaciona negativamente con el GAF y t.p. DSM-III-R.

Antes de tto se veía.: aumento de ansiedad y agresividad, disminución deseabilidad social y socialización. Después de ISRS, disminuye ansiedad y agresión y aumenta deseabilidad social y socialización.

Knuttsen (1998) observa como la paroxetina modula la personalidad normal, reduce la experiencia afectiva negativa y aumenta la conducta afiliativa.

6. Modelos de relación personalidad-depresión.

Se postulan varios modelos de relación entre personalidad depresiva y el trastorno afectivo. Aunque

hay pequeñas diferencias entre autores, se resumen así:

- el modelo de independencia: son distintos trastornos con causas independientes. Cualquier mezcla se debe al azar, o a factores de riesgo o a búsqueda de ayuda.
- el modelo de causa común: la personalidad y depresión tienen una etiología compartida, que surgen de un “núcleo común de responsabilidad”.
- el modelo de vulnerabilidad o predisposición, en el que el tp. predispone a la aparición de un trastorno afectivo; si ocurre el tp., es factor de riesgo para el desarrollo del trast. afectivo.
- el modelo complicación o escara, si el tp. es el resultado del trastorno afectivo; los efectos residuales de un trastorno., que ha remitido, influyen en el curso o presentación del otro.
- modelo coefecto, si ambos trastornos resultan de un tercer factor común, con distinto grado de probabilidad.
- modelo patoplástico o exacerbación, en el que la personalidad modifica la evolución y respuesta al tratamiento del trastorno afectivo; aunque los dos no están relacionados casualmente, la presencia de uno influye en la presentación, curso o resultado del otro.
- modelo heterogéneo, cuando diversos factores, comunes y específicos, genético-constitucionales y ambientales, dan lugar a la aparición de un trastorno afectivo, tp, o ambos trastornos.
- modelo de superposición, o de pleiotropía, cuando el mismo gen puede producir distintos genotipos.
- modelo de inespecificidad sintomática (parecido al heterogéneo), si algunos síntomas fueran vías finales comunes de manifestación de alteraciones de diferente origen (Lyons et al, 1997).
- la coincidencia al azar de trastornos independientes, o modelo de probabilidad conjunta al azar (Millon, 1999).
- modelo artefacto, por solapamiento de síntomas de ambos trastornos que tienen criterios diagnósticos defectuosos que se comparten.
- modelo espectro o subclínico, si el tp. es una forma clínica atenuada del trastorno afectivo; si los dos trast. se sitúan en el mismo continuum o espectro de trast. relacionados, en el cual uno es o prodromos, subclínico o manifestación atenuada de un proceso patológico común.

6.1. Vulnerabilidad y factores de riesgo de la enfermedad depresiva :

El modelo de vulnerabilidad propone que en un individuo o grupo de individuos confluyen un

conjunto de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los sujetos presenten una depresión. Estos indicadores de riesgo o marcadores de vulnerabilidad, serían en relación con la depresión:

- la resolución no exitosa de las tareas evolutivas específicas de cada estadio evolutivo;
- la experiencias repetidas de no contingencia acción-resultado;
- el genotipo depresivo;
- el tener padres con trastornos afectivos;
- la hipersensibilidad a la frustración;
- el pobre autocontrol;
- la excesiva dependencia.

En personas adultas, el factor de vulnerabilidad vendría reflejado por otros factores de riesgo:

Ser mujer, edad entre 20-40 años, tener historia previa de depresión, disponer de bajas estrategias de afrontamiento, tener una sensibilidad aumentada ante acontecimientos aversivos, ser pobre, ser altamente autoconsciente, tener bajo umbral para la evocación de autoesquemas depresógenos, baja autoestima, alta dependencia interpersonal, tener niños menores de 7 años, personalidad introvertida y dependiente, déficits en habilidades sociales, enfermedades físicas, (Fernandez Rios,1997).

La percepción del sujeto sobre su vulnerabilidad a los distintos factores, los sesgos en el autoconocimiento, la baja autoestima, la pérdida paterna (de los padres o sólo de la madre), la percepción de sobreprotección y pérdida de afecto durante la infancia, no empleo fuera del hogar (más en la mujer urbana), tener en casa 3 o más hijos menores de 14 años (más en la mujer urbana),..., todos se pueden denominar factores para la vulnerabilidad para la depresión; algunos son más controvertidos, pero en general hay acuerdo en los diversos estudios (Brown et al, 1978; Catalán, 1999).

Como se observa, van incluidos dentro de los marcadores de vulnerabilidad de tipo de la personalidad, que son los que más investigamos en esta tesis. Este modelo los incluye y añade a otros factores sociales, familiares, económicos, etc.

Se han propuesto distintos modelos de vulnerabilidad en la depresión (Brochier et al, 1993):

Para **Brown y Harris**, los factores de vulnerabilidad no serían suficientes por sí mismos para provocar depresión, sino que harían falta además los factores precipitantes. La probabilidad de que

se desencadenase el cuadro depresivo dependería del nivel de vulnerabilidad del sujeto.

Seligman(1975).., ven en la coexistencia de factores predisponentes y precipitantes, el aumento de la probabilidad de que aparezca un cuadro depresivo. Estos dos modelos no consideran la vulnerabilidad como un continuum, sino que postulan la existencia de un estado "no vulnerable".

Dohrenwend et al (1981), postulan con su modelo aditivo, que la vulnerabilidad y los factores precipitantes se suman a partes iguales en el riesgo de producir depresión. Este modelo encajaría más con pacientes depresivos crónicos; el modelo de **Brown y Harris (1978)** lo haría con los no depresivos crónicos.

6.2. Modelo de vulnerabilidad

El modelo de la vulnerabilidad implica a un factor preexistente (precursor, favorecedor) de riesgo de la personalidad (neuroticismo, extraversión, dependencia (Bowlby,1980; Bornstein,1993), autocrítica, sociotropía, autonomía, disposición a estados subclínicos afectivos negativos, evitación de interacciones sociales) y ambiental, del 1º episodio: conflictos familiares, continuos estreses vitales, déficit de recursos sociales, modelos de coping disfuncionales.

Los factores de la personalidad, vulnerables a la depresión, pueden ser estables o no; si no lo son, dependerán del estado depresivo.

Hammen et al.(1995) comprobaron en mujeres sanas, que las cogniciones de apego disfuncionales contribuyen al comienzo y a la severidad de la sintomatología depresiva. Otro estudio de depresivos en remisión (**Segal et al,1992**), comprobaron que la interacción entre el número de acontecimientos de logro negativos y puntuaciones de autonomía/autocrítica, predecían la recaída depresiva.

Cada vez se valora más la noción de que las personas con tp podrían crear sus propios acontecimientos vitales (AV) (life events) (**Seivewright,1988; Samuels et al,1994; Heikkinen et al,1997; Seivewright y Daly,1997**). Los grupos B y C tenderían a aumentar sus AV, en superior relación respecto a los del grupo A y el obsesivo-compulsivo (o inhibido). Sería como que las personas con tp controlan más que lo que se piensa por el azar sus acontecimientos vitales: en un estudio epidemiológico randomizado, **Torgersen et al(en prensa, 2000)** observaron más AV en los 6 meses previos en tp antisocial y borderline (3,4) que en tp evitativo (1,5).

Así, el grupo ansioso-temeroso (C) de tp tiene una excesiva respuesta ante la amenaza y pérdida, desarrollando síntomas neuróticos (trastorno mixto ansioso-depresivo o síndrome general neurótico) (Tyrer P,2000 b).

Se debe intentar diferenciar las disposiciones de la personalidad de estresores situacionales crónicos (situaciones o relaciones del funcionamiento de la persona)(Coyne et al,1995) Las mujeres suelen dar niveles más altos de dependencia en los tests, en relación con la inseguridad e incerteza de sus relaciones íntimas. A veces, la mujer depresiva y dependiente contribuirá a la ocurrencia y perpetuación de los acontecimientos vitales estresantes (Hammen,1992).

La labilidad o variabilidad de la autoestima, la incerteza o inestabilidad de la autoimagen hace a la persona vulnerable a las amenazas de la autoestima (Roberts et al,1992; 1997; Butler et al,1994). Más que la inestabilidad afectiva, que aumenta en periodos de estrés, lo que predice los síntomas depresivos, es la dificultad en mantener una visión estable de uno mismo de un día para otro. La variabilidad en autoestima que se relaciona con la variación del ánimo, es más una complicación de episodios depresivos previos, pero no predice nuevos episodios (Roberts et al,1997).

Pacientes que sufren de personalidad evitativa, borderline o histriónica, pueden ser muy sensibles ante frustraciones personales y convertirse fácilmente en disfóricos o depresivos.

El aumento de la dependencia interpersonal (una excesiva necesidad de seguridad, apoyo y atención de los demás), también predispone a la depresión (Hirschfeld et al,1976; Chodoff,1972; Birchnell,1984). Dependencia, autocrítica, introversión y afectividad negativa o neuroticismo son rasgos que pueden aumentar la vulnerabilidad al primer o siguientes episodios depresivos (Akiskal,1991; Hirschfeld & Shea, 1992).

Pero la afectividad negativa puede ser también función del estado de ánimo actual (Clark et al,1994). Los síntomas subclínicos depresivos también diferencian a pacientes previamente depresivos de los que nunca lo estuvieron.

Otras características de la personalidad como el nivel de autoestima (Roberts & Monroe, 1994) y autonomía (Nietzel & Harris, 1990) pueden actuar como rasgos predisponentes de la depresión o concomitantes con esta. Pero la evaluación durante el estado depresivo puede “inflar” el recuerdo de datos congruentes con el ánimo, con lo que es difícil ver los rasgos de personalidad previos (Bower, 1994; Hirschfeld, 1983).

A pesar de todo lo anterior, sabemos que la contribución de la personalidad al desarrollo de la psicopatología no es específica. En la mayoría de los casos es multifactorial e interactiva a través del tiempo. Los rasgos maladaptativos de personalidad solo son una una posible, y a veces importante, contribución.

Se parece al modelo espectral. Pero en éste se implican dos procesos patológicos: uno para el desarrollo del factor de riesgo y el otro para la influencia del factor de riesgo en el otro trastorno.

El modelo de vulnerabilidad admite dos procesos: el 2º trast. se desarrolla porque el 1º crea factores de riesgo específicos para él (una personalidad introvertida no consigue reforzamientos sociales positivos y puede deprimirse); o basado en la genética, como los factores de riesgo actúan como amplificadores del 2º trastorno, potencia o disminuye el umbral para el trast. fundamental.

Se habla más de rasgos o trast. personalidad como predisponentes depresivos, pero también puede ser que una depresión crónica predisponga a ciertos rasgos de personalidad. Si un trast. 2º resulta de un incremento de severidad o más disfuncionalidad del 1º (relaciones interpersonales deterioradas, problemas laborales o en otras circunstancias vitales), sería más un modelo complicación que predisponente.

En la depresión crónica se hace más difícil saber si el tp precede o sigue a la depresión.

Hablar de vulnerabilidad es mencionar el modelo de diátesis estrés (Dohrenwend et al,1981), que relaciona estrés, personalidad y depresión. Especifica una o más interacciones entre disposiciones o vulnerabilidades individuales: temperamento (Akiskal,1988; Cloninger,1987; Siever,1991), rasgos de personalidad (Brown,1978), y estilos cognitivos o esquemas (Abramson et al,1989; Beck et al,1990); más estresores ambientales o tensiones crónicas, que interaccionan con las disposiciones para causar los síntomas o trastornos.

Otra serie de variables intervinientes son: el ánimo (Watson et al,1984), apoyo social (Holahan et al,1991), habilidades sociales (Lewinshon,1974), estilos de afrontamiento (Thoits,1986) u otros recursos personales, que potencian o amortiguan estas relaciones. Estos modelos definen la personalidad como transacción del individuo con el ambiente, en lugar de rasgos estáticos.

Como ventajas de los modelos de vulnerabilidad, se observa: la integración de varias variables, las variaciones individuales en vulnerabilidades y cualidades, y la especificación de determinantes múltiples y modos alternativos en la expresión y curso de los trastornos.

Aunque no se encuentre un tipo de personalidad específico, si se ve una mayor frecuencia de los tipos B y C del DSM-IV (Tyrer, 1997).

Se ha comprobado (Santor, 1997) que existen rasgos de neuroticismo estables, factores de personalidad independientes de los estados depresivos. Lo demuestran la existencia de puntuaciones altas en neuroticismo como predisponentes de trastornos afectivos y ansiosos, como factor heredable y que se mantiene incluso tras la recuperación del episodio depresivo (Boyce et al,1991).

Se puede hablar del *typus melancholicus* de Tellenbach (1976), como predepresivo. Incluye rasgos como: ordenalidad, rigidez, hipersensibilidad moral, includencia y remanencia.

Von Zerssen (1998) se refiere a los tipos de personalidad melancólico y maniaco, y en menor medida, el tipo inseguro y ansioso.

Valores altos de "sensibilidad interpersonal" aumentan entre 3 y 11 veces el riesgo de padecer depresión (Boyce,1991). Este constructo engloba: conciencia interpersonal, necesidad de aprobación, ansiedad de separación, timidez y fragilidad interna; y se mide a través de la escala "Interpersonal Sensitivity Measure"(IPSM).

Siguiendo el modelo dimensional de Cloninger (1993), estaría elevado el factor evitación del daño, dependencia de recompensa y autotranscendencia. El primero es estado dependiente, y la autodirección y cooperatividad están disminuidos, pero atribuibles a cualquier tp.(Hansenne et al, 1999). En trabajos recientes se discute que la evitación de daño sea estado dependiente, ya que, cuando los depresivos se recuperaban de ánimo, persistía elevado este rasgo. Además, una baja autodirección y cooperatividad se asociaba también a episodios depresivos recurrentes y trastorno de ansiedad comórbido (Richter et al,2000).

Se podría explicar a nivel biológico el neuroticismo y la evitación del daño, si se confirman los hallazgos neurobiológicos compartidos con los trastornos afectivos y el gen codificador de la proteína transportadora de serotonina (Lesch et al, 1996).

También la persistencia estaría en niveles más bajos de los normales (Osher et al, 1996).

El que se incluyan en este modelo variables biológicas y psicosociales y variaciones en las causas y expresión clínica de los trastornos, le hace más flexible. No obstante se debe huir de los autocuestionarios que miden síntomas de difícil catalogación en estudios transversales.

6.3. Modelo patoplástico

En este modelo los rasgos de personalidad pueden predisponer a los individuos a episodios depresivos o influir el curso y expresión del episodio depresivo. Por eso se denomina modelo patoplástico y de exacerbación:

Personalidad y depresión son distintos etiológicamente, pero si se dan al mismo tiempo, las interacciones entre sus rasgos distintos influyen la presentación, pero no el riesgo de cualquiera (como era el modelo anterior).

La personalidad puede colorear la manera en que se expresa el afecto depresivo, y la depresión puede interactuar con rasgos de personalidad, influyendo conductas y cogniciones. Por ejemplo, la estructura premórbida de personalidad tendrá efecto distinto en que se manifestará la depresión. En una persona dependiente, la depresión tendrá sentimientos de deprivación, pérdida, soledad y antipatía; mientras que en una persona narcisista, se vivirá con sentimientos de derrota, fallos, aislamiento y autoculpa (Robins et al, 1995).

El modelo de exacerbación comparte asunciones del patoplástico, pero especifica que la presencia de un trastorno influye en la severidad y/o el resultado del otro.

Variables del modelo patoplástico pueden cambiar la presentación y curso del trastorno, pero no provocar su comienzo (modelo vulnerabilidad), se diferencian en el enfoque temporal.

La edad de comienzo del primer episodio depresivo es más temprana (Mellman et al, 1992). Hay más síntomas residuales y menos recuperaciones completas del episodio, con peor funcionamiento social.

Los pacientes del grupo B tienen mayor tendencia al abandono del tratamiento (Shea et al, 1990).

El trastorno borderline de la personalidad y los rasgos de personalidad dependiente, son predictores de recaídas depresivas (Alnaes et al, 1997).

El neuroticismo alto no solo afectaba como predisponente, sino también con la mayor duración de los episodios y más probabilidad de recurrencias.

Las puntuaciones bajas en extroversión se asocian con mayor persistencia de síntomas depresivos (Clark et al, 1994).

Hay una respuesta diferencial al tratamiento según perfiles dimensionales del TPQ de Cloninger (1993): búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de recompensa, explican del 35 al

50% de la varianza de respuesta al tratamiento farmacológico antidepresivo, en relación ascendente con la severidad depresiva (Joyce et al, 1994).

La respuesta al TEC es más lenta si se asocia el episodio depresivo a un tp.(Casey et al, 1995).

El modelo preexistente de comorbilidad, implica al tp. en la cronicidad, por interferir con el curso de la recuperación, con trastornos en las relaciones con los demás, incluso con el terapeuta.

6.4. Modelo complicación

El modelo complicación se refiere a que como consecuencia de la depresión, hay un riesgo adicional de no recuperación, con inadecuados coping o conducta negativa en los roles y en las relaciones: convierte los acontecimientos vitales en crónicos y erosiona el apoyo social.

El foco se cambia del comienzo(vulnerabilidad) o curso (patoplástico) a la fase residual o de recuperación. Los dos trast. son dos distintos , pero se relacionan de maneras que afectan al estado clínico en el tiempo: el 2º trast. se desarrolla a causa o en el contexto del 1º, y continúa incluso después de que éste haya remitido.La recuperación total se complica, y el 2º trast. es un efecto residual o escara del 1º. Solo se distingue del modelo de vulnerabilidad por el enfoque temporal. Otro tipo de complicación es si el 2º trast.(causado o no por el 1º) interfiere con la recuperación completa del 1º.

Algunos estudios no han encontrado confirmación a esta hipótesis (Shea et al, 1996): no encontraron diferencias en rasgos de personalidad en la evolución de 6 años de pacientes antes y después de deprimirse por 1ª vez. Por el contrario, vieron el modelo de vulnerabilidad: los que se deprimían tenían una personalidad previa con más responsabilidad y neuroticismo.

En este modelo hemos de fijarnos en el tratamiento para distinguir lo que es una complicación de una recuperación parcial o remisión del trast. 1º.

La personalidad es 2ª al comienzo o curso de la depresión: o complicación de un episodio depresivo.

6.5. Modelo causal común

La personalidad es el resultado de un 3º factor también responsable del comienzo de un episodio

depresivo: la personalidad y depresión son fenómenos psicológicos distintos, determinados por el mismo proceso subyacente. Este núcleo común puede ser:

- biológico (disregulación noradrenérgica) o mecanismo psicológicos (estilo atribucional), o circunstancias ambientales (pobre parentaje), o el temperamento, que une los dos conceptos o trastornos.

Este modelo implica que cada trast. tiene un funcionamiento independiente y su nexos es sólo a través de la causa común subyacente.

La viabilidad del modelo causal es difícil de demostrar, ya que deberían verse estudios retrospectivos puros de cada trastorno, buscando su origen y con controles que no tengan afectación depresiva ni de personalidad. Además, es frecuente la asociación de más de un determinante causal (pobre parentaje y estilos cognitivos negativos).

La personalidad puede modificar el comienzo, curso y expresión del episodio depresivo en los modelos de vulnerabilidad y patoplásticos, no así en los dos últimos.

6.6. Modelo espectral de personalidad con depresión:

Siever y Davis(1991) propusieron que la mayoría de los tp.del DSM-IV eran variantes caracterológicas de varios trast. mentales del eje I: tp borderline como variante caracterologica de un discontrol de impulsos y disregulación afectiva; tpd. como variante de los trast. del ánimo; tp. evitativa como variante de trast. ansiedad. Sugerían que la personalidad y el trast. eje I existían a lo largo de un espectro de patología subyacente y común, como patológicos, y distintos cualitativamente del funcionamiento de la personalidad normal.

Pero también rasgos de personalidad normal pueden considerarse en el espectro de trast. del eje I. Dos facetas del dominio de Neuroticismo del FFM, que identifica rasgos de personalidad normal, son depresión y ansiedad. La depresión implica en esta faceta: “diferencias individuales normales en la tendencia a experimentar afecto depresivo”(Costa y McCrae, 1992). Altas puntuaciones en ello indican una propensión a “sentimientos de culpa, tristeza, desesperanza y soledad”. Este ítem puede entrar en el diagnóstico de distimia de comienzo temprano o de tpd. del DSM-IV.

También se puede conceptualizar el rasgo de neuroticismo (FFM) como afectividad negativa, o la

disposición a experimentar estados emocionales negativos: ansiedad y depresión incluidas (Clark et al, 1994). Neuroticismo puede ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de ansiedad y depresión. Pero la depresión tras una historia de afectividad negativa depresiva, podrían representar fases diferentes de un mismo trast. del ánimo de “doble depresión”(Gruenber et al,1997), más que la contribución de rasgos de personalidad al desarrollo del trast. de ánimo.

No es lo mismo una fase prodrómica que una personalidad premórbida vulnerable a depresión.¿o trast. de ánimo subumbral? La afectividad negativa produce vulnerabilidad , pero no equivalencia a disrregulación neuroquímica que resulta en un trastorno de ánimo. No todas las personas con afectividad negativa desarrollan un trast. de ánimo, y muchas personas con este trast. no tienen esa personalidad premórbida depresiva..

En elaboraciones recientes del concepto de “espectro afectivo” (Akiskal. 1997) propone un modelo más integrado y más complejo, que abarca lo genético, el desarrollo, el medioambiente y los factores demográficos, como riesgos potenciales para los episodios afectivos. En este “esquema de etiología multicausal”, los rasgos de personalidad afectiva son considerados como “desórdenes temperamentales”, a los que se les da un status de variables clínicas intermedias o medianas. Estos se muestran unidos por la presencia de variados factores de riesgo etiológico y manifestaciones clínicas del trastorno afectivo. En este sentido, los desórdenes temperamentales son “activos, en forma subclínica, en todo momento y fácilmente se disparan por el desafío medioambiental”, ejerciendo una continuada influencia en el curso y el riesgo de recurrencia de los episodios afectivos.

En algunos individuos (cerca del 50% de distímicos en la comunidad (Robins y Regier, 1991), “ la enfermedad no progresa más allá de lo temperamental”.

Los límites entre estos modelos son fluidos o arbitrarios. Tienen unas características comunes, pero debemos ser capaces de:

- diferenciar relaciones jerárquicas entre personalidad, depresión, y a veces, una causa común hipotética.
- diferenciar relaciones temporales.
- diferencias en la dirección y/o especificidad de las relaciones. Si es directa, será una relación causal personalidad-depresión (ej:dependencia y déficit de habilidades sociales) o indirecta (mediadas por factores generales de patología o variables no causales).

Las diferenciaciones entre modelos de relación causal, patoplástico o espectral es muy difícil de separar. Lo ideal sería trazar el desarrollo de la interacción de rasgos de personalidad, acontecimientos y patologías (trastornos del eje I). La contribución de la personalidad al ánimo y al ambiente, y la contribución del ánimo y ambiente a la personalidad, interactuarán y se acumularán con el tiempo, siendo a veces difícil y no significativo distinguirlos. Cualquier estudio transversal de un periodo de tiempo, puede ser arbitrario y no representativo de la continua interacción y mutuamente reafirmante secuencia de acontecimientos (Widiger et al,1999).

7. Diferencias entre estado mental y trastornos de la personalidad:

La personalidad es un componente integral e inherente de la persona.

El estado mental puede ser persistente o alterar la personalidad con el tiempo, pero no es intrínseco al funcionamiento normal de la persona. Por ello, los tp son generativos y no reactivos.

Los tp son permanentes o de larga duración, de temprano comienzo en la adolescencia tardía, y no temporales, como son habitualmente los trastornos mentales.

Se miden mejor los tp por su funcionamiento, conducta y relaciones con los demás; mientras que en los estados mentales nos fijamos más en los síntomas. Estos se diagnostican en el estado actual, y no en el funcionamiento a largo plazo, como los tp.

Los tp tienden a permanecer estables, mientras que los trastornos mentales pueden evolucionar a otros trastornos del estado mental. La separación de ambos en dos ejes distintos disminuye la comorbilidad.. Vemos más síndromes coaxiales, donde algunos estados mentales se encuentran asociados con algunos tp (Tyrrer et al,1992).

8. Diferenciación dimensional estado depresivo-rasgo de personalidad.

Los rasgos de la personalidad depresiva implican componentes añadidos al estado depresivo y rasgos independientes de él.

A través de la entrevista diagnóstica para personalidad depresiva (Gunderson & Hirschfeld,1994) es posible valorar qué items son más específicos o no del estado depresivo. La reactividad negativa,

remordimientos, dificultad para divertirse, tristeza, pesimismo, dificultad para enfadarse, no asertividad, abnegación y seriedad, son concomitantes de la depresión (con lo que diferencian pacientes depresivos de no depresivos) (Hartlage et al,1998).

Gunderson (1994) solo encontró como concomitantes de la depresión actual: reactividad negativa, remordimientos, dificultad para la alegría, tristeza. Menor enganche en actividades lúdicas (Lewinsohn et al,1988) e ira no expresada (Kernberg,1987) son más componentes que otros autores asocian a la depresión.

La autocrítica es un rasgo independiente de la depresión y de los síntomas subclínicos depresivos, por lo que distingue los depresivos antiguamente de los que nunca lo estuvieron, pero no diferencia depresivos y no depresivos. Es un rasgo estable que persiste más allá de la remisión de la depresión.

Mientras que: baja autoestima, sentirse sobrecargado (en ausencia de acontecimientos vitales estresantes) y contradependiente (que rehusa el apoyo y reaseguramiento, su apoyo social es la persona misma), son componentes de estado depresivo y de rasgo; diferencian estos entre depresivos y no depresivos, y entre los depresivos antiguos y nunca depresivos (Hartlage et al;1998).

Tener baja autoestima predice depresión al asociarse con estrés o síntomas depresivos subclínicos (Roberts & Monroe,1994). Para evaluar la baja autoestima sin reflejar el estado de ánimo, es mejor las entrevistas que los autocuestionarios (Andrews & Brown, 1993).

Al ser contradependiente, no tiene el apoyo social que protege de los episodios depresivos, y se es propenso a la depresión (Cohen & Wills, 1985).

Estar o sentirse sobrecargado, sin acontecimientos previos, se refiere más a la percepción del estrés, en la teoría cognitiva conductual de interpretar los eventos de manera negativa o maladaptativa (Hartlage & Clemens, 1996). Sentirse sobrecargado podría resultar de un rechazo a buscar ayuda de los demás, en ser contradependiente.

La dependencia no distingue los deprimidos previamente de los nunca deprimidos (Persons et al,1991). Se da el riesgo en los cuestionarios de admitir contradependencia antes de dependencia (Alloy & Abramson,1988).

De todo ello se observa que, los siguientes items de la escala depresiva son rasgos independientes de la depresión actual y de los síntomas subclínicos: **baja autoestima, sentirse sobrecargado, contradependencia y autocrítica** (Hartlage et al,1998). Parecen ser componentes de rasgo y además

factores de riesgo para la depresión. En estudios longitudinales se observan si son predisponentes al 1º episodio depresivo o complicaciones de episodios que son susceptibles para nuevas recurrencias depresivas.

Se hace necesario que los rasgos de personalidad depresiva sean parcialmente independientes de la depresión, si queremos introducirlo como trastorno del eje II. Es el caso de los items “pesimismo, remordimientos”, que están incluidos en el DSM-IV, y son concomitantes de la depresión (Hartlage,1998). Deben ser rasgos de personalidad que distingan depresivos en remisión de la normalidad, y que no requieran un estado depresivo para manifestarse.

9. TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPRESIVA

El DSM-IV en su apéndice propone unos criterios de tpd., para su posterior estudio (ya citados en “DSM-IV, personalidad depresiva”). Akiskal defiende que sea incluido en el Eje II de los tp., aunque sean conceptos de trastorno afectivo o de temperamento.

Hirschfeld (1994) defiende y justifica la validez del diagnóstico, diferenciándola de la distimia de comienzo temprano, de la dm. y de la distimia; observa también la gran morbilidad clínica y ocupacional del tpd..

La entrevista diagnóstica para la personalidad depresiva (DID)(Gunderson et al,1994) cubre todos los criterios propuestos para el DSM-IV y otros de otras concepciones de la personalidad depresiva: introvertido, serio. Se toma como presente un rasgo en esta entrevista si: el paciente lo refiere desde la infancia o adolescencia y si es característico de su yo (o self) habitual.

9.1. Antecedentes teóricos, clínicos y diagnósticos :

Se superponen bastante con los referidos sobre la personalidad depresiva, y aunque ya han sido mencionados algunos, los sintetizamos brevemente:

Los trast. depresivos crónicos o tpd., han recibido distintas denominaciones y contenidos en la

historia: temperamento depresivo o tipos de personalidad (literatura alemana), carácter depresivo (literatura psicoanalítica) y tipologías más recientes, basadas en observaciones clínicas y descripciones empíricas.

A la escuela alemana pertenecieron Kraepelin (1921), Schneider (1958) y Tellenbach (1961).

Kraepelin nos habla del temperamento depresivo, heredado, como rasgos base de un "estado fundamental" del cual emergerán episodios depresivos más severos. Estos rasgos subclínicos de trast. afectivo, presentes a lo largo de la vida desde la adolescencia tardía o edad adulta temprana, consisten en:

Una tristeza persistente y duradera, con un ánimo predominantemente deprimido, abatido y desesperanzado; seriedad, sintiéndose sobrecargado, con melancolía y tendencia a la culpa y autorreproche, abnegación y baja confianza en sí mismo.

También Kretschmer y Tellenbach proponen un tipo depresivo parecido: una mezcla de rasgos depresivos crónicos y los trast. afectivos. El tipo afectivo de Tellenbach está predispuesto a episodios melancólicos; se caracteriza por ser: tendencia a la culpa, sobrecargado, incapaz de relajarse, dependiente, ordenado, orientado a los éxitos, concienzudo, escrupuloso.

Schneider nos habla de la "psicopatía depresiva". Los rasgos son parecidos a los citados previamente (Kraepelin,...), pero en relación con rasgos y tp, más que a trast. afectivos.

El origen de tales síntomas, sería un conjunto de factores constitucionales, del desarrollo y ambientales. El psicópata depresivo es: triste, pesimista, serio, incapaz de placer o relajación, tranquilo, excéptico, dado a preocupaciones, cumplidor del deber, que duda de sí mismo, hipocondriaco.

Con la teoría psicoanalítica (Kahn, 1975; Berliner, 1966; Arieti y Bemporad, 1980) se pasa del temperamento depresivo biológico al "carácter " formado con el desarrollo, a través de unas relaciones objetales alteradas. Los tipos depresivos crónicos son similares a los vistos previamente de la escuela alemana: baja autoestima, impotencia, culpa, dependencia, hipercrítica, incapacidad para amar, auto-desprecio, abnegación, desesperanza, vacío, hipocondria.

Teorías cognitivas de la depresión:

Defienden el autoconcepto distorsionado como comienzo y mantenimiento de trastornos depresivos (Beck, 1967).

El constructo cognitivo de sociotropía y la dimensión temperamental de dependencia de recompensa pueden estar asociados (Joyce et al, 1994).

Kernberg describe un tp. masoquista-depresivo, formado a través de factores del desarrollo y de la distorsión de relaciones objetales. Este carácter es: serio, responsable, concienzudo, sombrío, sin sentido del humor, crítico de uno mismo y de los demás, dependiente, demandante, con culpa y dificultad para la expresión de la agresión.

La asociación de estados depresivos crónicos y disforia, formándose distintos trastornos, con diversas etiologías, ha sido objeto de atención últimamente. Así, al ánimo depresivo persistente, se pueden añadir otras variables: rasgos de personalidad, respuesta al tratamiento, historia psicopatológica familiar, marcadores biológicos. Vamos a mencionar algunas tipologías de estas características (ya citadas):

Winokur (1972) y su "enfermedad del espectro depresivo", secundaria a las alteraciones de personalidad.

Akiskal (1980,1983), propone dos tipos de depresión "caracterológica", crónica, moderada y de comienzo temprano: la distimia subafectiva y el trastorno del espectro del carácter. Las distingue según la respuesta al tratamiento, historia familiar y rasgos biológicos.

La distimia subafectiva, o forma atenuada de trastorno afectivo, es una versión ampliada de los criterios de Schneider de psicopatía depresiva, pero basada temperamentalmente en trastornos afectivos: es una persona hipercrítica, quejosa, preocupada por acontecimientos negativos e inadecuados, con hipersomnolencia crónica e inercia psicomotora. Supone una modificación de sus criterios de 1983 (Akiskal,1989):

- comienzo temprano indeterminado. - habitualmente duermen mucho (más de 9 horas de sueño).
- inercia psicomotora, que es peor por la mañana. - al menos 5 de los siguientes rasgos:
 - triste, pesimista, sin ánimo, o incapaz de alegrarse. - tranquilo, pasivo e indeciso.
 - excéptico, hipercrítico, o quejoso. - rumiativo y propenso a preocuparse.
 - responsable o autodisciplinado. - autocrítico, autorreprochante y autoderogatorio.
 - preocupado por su inadecuación, fallos y acontecimientos negativos, hasta el punto del disfrute mórbido de los fallos propios.

Tiene respuesta positiva a los antidepresivos (tricíclicos, IMAOs o litio), historia familiar de trastorno

afectivo, ausencia de factores estresantes en el desarrollo y acortamiento de la latencia REM.

El trastorno del espectro caracterial (Akiskal,1980,1983) se diferencia del anterior en: los estados de ánimo depresivos crónicos son 2º a las alteraciones de la personalidad (parecido a Winokur) y no manifestaciones de trastornos afectivos; se dan pérdidas parentales en la infancia, familias rotas (separaciones de los padres), historia de alcoholismo o sociopatía familiar; existe una disforia continua asociada a variables rasgos de personalidad "inestables": pasivo-dependientes, histriónico, antisocial, borderline o esquizoide. Hay pobre respuesta a los antidepresivos, latencia REM normal y abuso de alcohol y otras sustancias.

Más adelante, Akiskal amplía el concepto de distimia subafectiva, para incluir un subgrupo de individuos con trastorno afectivo(distimia o ciclotimia) y rasgos de personalidad borderline: tipo subafectivo borderline. El componente subafectivo sigue siendo de causa biológica y los rasgos borderline se asocian a una historia inestable del desarrollo. Son individuos distímicos, disfóricos, con inestabilidad consistente, vulnerables a pérdidas objetales; con rasgos histriónicos y sociopáticos, con abuso de sustancias, inestabilidad y sensibilidad afectiva, rasgos impulsivos y manipulativos.

Klein y Davis (1969) y Liebowitz y Klein (1979,1981) acuñaron el tipo de "disforia histeroide": trastorno crónico no psicótico, con episodios repetidos de ánimo deprimido súbitamente, 2º a percepciones de rechazo interpersonal. Esta sensibilidad al rechazo se asocia con un déficit biológicos (regulación anormal de la feniletilamina, cuyas fluctuaciones se relacionan con la extrema reactividad y sensibilidad ante la aprobación o desaprobación social) heredado o adquirido. Las reacciones depresivas, cortas, se caracterizan por una pérdida de autoestima, sentimientos extremos de tristeza y desesperanza y rasgos depresivos atípicos (aumento de apetito, hipersomnia y sentirse paralizado).

9.2. Modelos dimensionales :

Como ya se ha referido antes, varios modelos dimensionales de la estructura de la personalidad se han propuesto. Vamos a tratar de relacionar algunos con la personalidad depresiva:

Tellegen (1985) propuso dos dimensiones: la afectividad negativa y positiva.

La afectividad negativa abarca una dimensión general de malestar subjetivo, compuesta de una variedad de estados de ánimo desagradables o aversivos: culpa, miedo, nerviosismo, insatisfacción

con el yo, ira, hostilidad, desprecio y disgusto. Una baja afectividad negativa implica calma y serenidad. Se ha relacionado con baja competencia y tendencia a la depresión, al compararla con el FFM (Costa & McCrae, 1995).

La afectividad positiva no es lo contrario de la negativa, sino sentimientos de emoción positiva (ej: amor, gozo, felicidad), entusiasmo, actividad, estar alerta, energía alta, relaciones agradables. Se ha relacionado con el FFM (Costa, 1995), asociándose con la asertividad y baja modestia. Una baja afectividad positiva indica sentimientos de tristeza, falta de interés y fatiga o letargia.

Tanto la afectividad positiva como la negativa pueden indicar estados de ánimo y/o rasgos dimensionales de reactividad emocional. En este aspecto dimensional se corresponden aproximadamente con los factores de personalidad de extraversión (afectividad positiva) y neuroticismo (afectividad negativa) (Tabla I).

La afectividad negativa o neuroticismo es " un rasgo dimensional estable, heredable y sumamente corriente, con una multiplicidad de aspectos que varían del ánimo a la conducta " (Clark et al, 1994). Significa una sensibilidad temperamental a los estímulos negativos, que deriva de un sistema aversivo motivacional; está basado biológicamente, e inhibe la conducta de evitación del castigo relacionado con una amenaza (Fowles, 1994; Gray, 1982, 1987).

Además hay rasgos no afectivos, asociados con el ánimo negativo, que también se incluyen en el neuroticismo: cogniciones negativas, quejas somáticas, valoraciones negativas del yo y de los demás, pesimismo y baja autoestima (Clark et al., 1994). El neuroticismo o afectividad negativa se considera como un factor general de distrés, que subyace a trastornos de ansiedad y afectivos (Clark et al., 1994).

La afectividad positiva o extraversión también es un rasgo temperamental estable, heredable y sumamente corriente, unido más específicamente con la depresión (Clark et al., 1994). Su base biológica está en relación de un sistema motivacional que activa la conducta en respuesta a señales de recompensa y escape del castigo (Fowles, 1994; Gray, 1982). Abarca la conducta locomotora, la motivación incentivada, sensibilidad a señales de recompensa, interés y alerta, euforia, excitación y búsqueda de placer, versus: niveles bajos de energía y actividad, aislamiento, disminución de la capacidad cognitiva, anhedonia y ánimo depresivo (Clark et al. 1994).

Tabla I:

DESCRIPCIONES DE LA AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA

Descripción escalas (PANAS):

- Afecto positivo: entusiasta, interesado, decidido, excitado, inspirado, alerta, activo, fuerte, orgulloso, atento.
- Afecto negativo: asustado, temeroso, trastornado, angustiado, inquieto, nervioso, vergonzoso, culpable, irritable, hostil.

Contenido descripciones escalas temperamento (SNAP):

- Temperamento positivo :

- Alto: disfruta vidas excitantes y activas, tiene mucha energía, trabaja duro, lleva proyectos con entusiasmo, vigoroso, alegre, alerta, interesado en muchas cosas, optimista sobre el futuro.

- Bajo: no encuentra sus vidas interesantes o excitantes, fácilmente fatigado, raramente se siente entusiasta, tiene pocos intereses, no se excita por nuevos proyectos.

- Temperamento negativo :

- Alto: tendencia a experiencias emocionales negativas, triste, se siente crónicamente nervioso y estresado, fácilmente enfadado o irritado, se preocupa mucho, tiene dificultades en la concentración.

- Bajo: no nervioso o ansioso, tiene dificultades en la vida en dar grandes pasos, habitualmente en calma, no se trastorna fácilmente, se recupera rápidamente de experiencias negativas.

Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Watson et al, 1988).

Escala de personalidad adaptativa y no adaptativa (SNAP) (Clark, 1993)

Salvo el 1º criterio del tpd. (tabla I), en que coinciden rasgos de afectividad negativa y positiva, los restantes criterios se corresponden con los rasgos de afectividad negativa o neuroticismo. Por el contrario, los criterios de la distimia del DSM-IV (tanto el apéndice como el oficial) incluyen una mezcla de rasgos de afectividad negativa y baja afectividad positiva o extraversión.

En estudios sobre tpd (según el MCMI-III) y el FFM (Costa & McCrae, 1994) se ha visto necesario recurrir a las facetas (subdivisiones de los dominios) para diferenciar similitudes: En concreto el tp autodestructivo comparte con el tpd valores altos de neuroticismo y correlación negativa de extraversión (Dyce y O'Connor, 1998). Al buscar las facetas vemos que el tpd resulta con: ansiedad, depresión, vulnerabilidad y timidez elevadas (incluidas en neuroticismo), mientras que el tp autoderrotista solo tiene alta la depresión. También se diferencian en afabilidad, y en la regresión en

pasos (stepwise): el tpd se predice por neuroticismo y negativamente extraversión, y en facetas, por hostilidad y depresión (ésta en mayor proporción). Mientras que la predicción del tp autoderrotista es: neuroticismo, y en facetas, depresión y negativa confianza (dentro del dominio afabilidad).

Se postulan estas puntuaciones del FFM como marcadores de rasgos de personalidad; los cuales, combinados, no varían en muestras clínicas y no clínicas. La patología vendría dada por el grado o la diferencia cuantitativa, que provoca maladaptación, pero no por diferencias cualitativas.

Se puede dar solapamiento con la distimia (ambos criterios) y el tpd. respecto a los rasgos de neuroticismo: sentimientos de pesimismo o desesperanza, baja autoestima o sentimientos de impotencia, de culpa. No se daría si sólo miramos los rasgos distímicos de extraversión: baja energía o fatiga, pobre concentración. Con ello podemos pensar en la heterogeneidad biológica de la distimia, según nos fijemos en las dimensiones de motivación/activación (afectividad positiva) o de inhibición (afectividad negativa). Algunos pacientes tendrán un déficit en el sistema inhibitorio conductual, otros en el activatorio y otros en ambos.

Así, vemos que el tpd. sólo tiene relación con aspectos del neuroticismo, y no de la extroversión.

Estas dimensiones se tienen en cuenta más como continuas que como categóricas. Pueden variar en grado (número y severidad de los rasgos presentes) y en persistencia (frecuencia y duración). Si son rasgos de intensidad y tiempo limitado, lo denominamos estado, o episodio afectivo; si es más general y persistente, aumentando los periodos de tiempo, será un rasgo.

Como ya se ha referido en otro apartado, existe algo de confusión en la depresión crónica. Aquí se combina el concepto de ánimo (estado) con el de rasgo (personalidad). Cuando hablamos de episodio, lo asociamos a trastornos del ánimo, a la presencia persistente de síntomas definidos durante el periodo de la enfermedad, seguido de la remisión de los mismos cuando el episodio está superado.

En esto se observa otra diferencia entre la distimia y el tpd.:

La distimia requiere la presencia persistente del criterio (ej: ánimo depresivo la mayor parte del día, durante más días sí que no, y no más de 2 meses sin síntomas). El tpd sigue más el modelo de rasgo, el criterio es característico del individuo desde la adolescencia o la edad adulta temprana.

Otra diferencia entre ambas (distimia y tpd), se basa en los rasgos adicionales, no relacionados directamente con el ánimo: el rasgo de ser concienzudo (presente en la "psicopatía depresiva" de Schneider, el "typus melancholicus" de Tellenbach, el t.p. depresivo-masoquista de Kernberg y la

distimia subafectiva de Akiskal).

Otros rasgos asociados a tipos de personalidad depresiva son: demandantes, intrusivos, seductivos, impulsivos, manipulativos, englobados en criterios histriónicos, borderline o sociopáticos (enfermedad del espectro depresivo de Winokur, trastorno del espectro caracterial y el tipo subafectivo borderline de Akiskal, y la disforia histeroide de Klein).

Existe otro modelo dimensional que relaciona los tipos de personalidad depresiva y su espectro de rasgos: es el modelo "5 factorial" (Costa & Widiger,1994) La evolución del modelo anterior se encuentra en el inventario de personalidad revisado NEO (NEO-PI-R)(Costa & McRae,1992). Incluye rasgos con un nivel más bajo de abstracción. (Tabla II).

Abarca los rasgos de afectividad positiva y negativa, y aunque se basa en la personalidad normal, se ha comprobado que al menos contiene 3 dimensiones patológicas dentro de esos 5 factores. Aparte del neuroticismo como rasgo típico del tpd, contiene la afabilidad ("agreeableness") y el aspecto de ser "concienzudo" ("conscientiousness"), como rasgos adicionales no afectivos.

En conclusión, en el tpd vemos rasgos de afectividad negativa (o neuroticismo) y apenas de baja afectividad positiva. En la distimia se observan muchos más rasgos de afectividad positiva.

Además, hay coexistencia de rasgos de personalidad afectivos y no afectivos. Pueden no encontrarse rasgos adicionales; o rasgos como autodisciplina y el ser concienzudo; o rasgos que reflejan inestabilidad, impulsividad, manipulatividad. La relación entre estos rasgos afectivos y no afectivos puede ser variable: que los rasgos afectivos asociados a la impulsividad e inestabilidad sean consecuencia de estos rasgos maladaptativos de personalidad (producto de un desarrollo caótico de la personalidad). Esos rasgos afectivos tendrían etiología distinta de otras depresiones. Este sería el ejemplo del trastorno del espectro caracterial de Akiskal.

Otro tipo de relación sería la disforia histeroide de Klein. Aquí, los rasgos impulsivos y manipulativos serían una forma de hacer frente a las alteraciones afectivas subyacentes a ellos.

También se podría dar una interacción entre ambos, donde los rasgos afectivos y no afectivos tuvieran distinta etiología (Siever & Davis,1991).

Vemos que la confusión entre rasgo y estado, ánimo y personalidad, va más allá de una simple distinción entre etiología y tratamiento.

Tabla II :

CONCEPTUALIZACION DE TIPOS DEPRESIVOS CRONICOS SEGUN EL NEO-PI-R

Kraepelin, Schneider, Tellebach, Espectro carácter distimia- Tp.d.

Neuroticismo (ansiedad, hostilidad, depresión, timidez, impulsividad, vulnerabilidad).

Extraversión (entusiasmo, sociabilidad, asertividad, actividad, búsqueda excitación, emociones positivas).

Afabilidad (confianza, rectitud, altruismo, conformidad, modestia, idealista).

Conciencioso (competencia, orden, cumplidor, esforzado, autodisciplinado, deliberativo).

9.2.1. Ejemplo de subdivisión factorial de trastorno depresivo:

Parker et al(1999) intentaron dividir la depresión no melancólica en subgrupos, a través del análisis de cluster. Encontraron 4 cluster: ansiedad, irritabilidad, ánimo depresivo y residual.

Los primeros dos incluidos en espectro, mezclados con estados precursores o prodromos y personalidad. Depresión ansiosa y depresión irritable u hostil, con síntomas enraizados y alimentados por características del temperamento y personalidad. (postularon la posibilidad de una neurobiología subyacente). Realizaron un análisis de componentes (Parker, 1999), encontrando:

A) Análisis de componentes principales de síntomas de depresión y ansiedad:

- afecto depresivo: desesperanza, autocrítica, baja autoestima, culpa..

- matices de un "ánimo depresivo": ánimo no variable, anhedonia anticipatoria y consumatoria, humor no reactivo, pensamiento enlentecido, problemas de concentración, pensamientos suicidas.

- ira e irritabilidad : irritabilidad, perder los estribos, ira sobre otros y sobre sí mismo, frustrado por trivialidades , fatiga (perdida de vigor).

- items de ansiedad: temeroso, respiración entrecortada, vértigo, taquicardia, temblor, sudoración de manos,...

B) Análisis de clusters con síntomas de depresión y ansiedad:

. 4 cluster:

- ansiedad.

- irritabilidad.

- ánimo depresivo.

- residual

Propiedades de los 4 clusters:

Relación con los t.p.: el grupo irritable tiene más acting out ; el acting in, o guardarse los sentimientos para sí, no hay diferencias entre grupos. Más AF de acting-out en el irritable. ; el ansioso, más alto en: borderline, ansioso, depresivo y autoderrotista; el irritable, más alto en histriónico.

¿Pero cuantos cluster seleccionar? ¿qué síntomas definen, y qué magnitud, cada grupo? Por medio de análisis de función discriminante confirmatoria y testar su validez predictiva en una muestra independiente de no melancólicos.

2 grupos, sobre los demás:

Cluster ansioso:

Gran duración actual y vital del episodio depresivo, un episodio severo actual; Fobia social e inhibición conductual en la infancia. Un trastorno ansiedad a lo largo de la vida; más alto rasgo de ansiedad (tenso, ansioso). Más alta tasa de : intentos de suicidio y autolesiones, dependencia previa de ansiolíticos y alcohol, en mayoría de medidas de disfunción de personalidad, , en tp(borderline, ansioso, depresivo y autoderrotista), de estilo personalidad tipo sensible (C). Tienen hª vital de ansiedad, estilo de personalidad ansioso, temeroso, y además distintas disfunciones más de personalidad.

Cluster irritabilidad:

Menos distintivo, son 4 rasgos:irritable/excentrico, perdida estribos, ira hacia uno y hacia los demás.Más jóvenes, más temprana 1ª depresión; más probabilidad de respuesta ante el estrés con acting out; más histriónicos, jóvenes hostiles depresivos.

La depresión hostil también tiene puntuaciones altas en el estudio como el cluster de ansiedad; como una “fundación”: ansiedad más internalizada en el cluster de ansiedad y externalizada en el de irritabilidad. Como una evidencia en estos 2 clusters de un posible trastorno espectral: ciertos rasgos o variables de personalidad se activan en estados más manifiestos cuando el individuo se deprime.

9.2.2. Modelo general de Cloninger:

Cloninger (1994) postula un modelo biosocial de personalidad, con aspectos clínicos, farmacológicos y biológicos. Aboga por un modelo de personalidad que diferencia entre temperamento y carácter:

Temperamento: es la tendencia a la respuesta emocional automática, inconsciente, que el individuo hereda. Según Cloninger, hay 4 dimensiones temperamentales.

- **Búsqueda de novedades:** conducta exploratoria. Si es alta: alta excitabilidad exploratoria, impulsividad, extravagancia y escándalos.

- **Evitación de daño:** conducta inhibitoria. Si es alta: alto nivel de preocupación, miedo de la incertidumbre, tímidos con extraños y fácilmente cansados.

- **Dependencia de recompensa:** mantenimiento de conducta. Si es alta: sentimentales, muy apegados y dependientes de los demás.

- **Persistencia:** mantenimiento de conducta. Si es alta: ambiciosos, perfeccionistas, deseosos de trabajar.

Carácter: Es el conjunto de esquemas cognitivos, estilos interpersonales y operaciones defensivas que el niño en crecimiento adquiere mientras intenta adaptar sus disposiciones endógenas (temperamento) a las vicisitudes de los desafíos ambientales. Lo forman las diferencias individuales en el autoconcepto, que se desarrolla con la maduración y el aprendizaje. Hay 3 dimensiones de carácter relacionadas con constructos cognitivos de:

- nosotros mismos: **autodirección.** Si es alto: responsables, decididos, con recursos y autoaceptación.

- los demás: **cooperatividad.** Si es alto, empático hacia los demás, amable, compasivo.

- el universo: **autotranscendencia.** creativos, olvidadizo, identificados con temas espirituales.

Son rasgos de personalidad heredables con base neurobiológica específica. (Cloninger, 1987).

Este modelo pretende integrar la relación entre personalidad y depresión (Cloninger, 1986, 1987). Incluye en el modelo trastornos afectivos y de ansiedad, rasgos y t.p. y otras variables.

Los trast. afectivos, de ansiedad y de personalidad se determinan por una serie de rasgos básicos

heredables (búsqueda de novedades, evitación del daño y dependencia de recompensa), asociados cada uno con mecanismos neurobiológicos distintos (dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico, respectivamente). Combinaciones de estos 3 rasgos interactúan para moldear la personalidad con: modos de aprendizaje, procesamiento de información, ánimo, reacciones al estrés y adaptación con el tiempo. Por ello, rasgos y tp. evolucionan de distinta manera en el contexto de varias combinaciones de los 3 sistemas nucleares en interacción con el ambiente. Observa los tp como variantes extremas o desbalance entre las dimensiones citadas, e identifica 8 tp:

- antisocial, histriónico, pasivo-agresivo y pasivo-dependiente, explosivo, obsesivo, esquizoide y ciclotímico.

Puntuaciones altas y bajas en las 3 dimensiones del carácter dan pie a 8 configuraciones posibles. Se basan en rasgos descriptivos y tipos de personalidad encontrados en la literatura: melancólicos, dependientes, organizados, autocráticos, esquizotípicos, ciclotímicos, fanáticos y creativos.

El tipo melancólico tiene las 3 dimensiones del carácter en niveles bajos. Son egoístas, inmaduros, reactivos emocionalmente; oscilan entre la desdicha y la avaricia (codicia positiva). Ven la vida como una competición difícil con adversarios hostiles, que dirigen al sufrimiento inevitable. Sienten la emoción negativa de la vergüenza, odio y tristeza, pero raramente emociones positivas. Su falta de respuestas emocionales positivas, incluso cuando ocurre lo deseado, se asocia con los síntomas vegetativos típicos de la melancolía: anorexia y despertar temprano.

Este carácter melancólico constituye el más común perfil caracterial de personas con depresión unipolar (Wetzel et al., 1980), o la personalidad depresiva (Akiskal et al., 1977). Predominan con este carácter melancólico las depresiones recurrentes, pero también, una minoría de trastorno bipolar maniaco-depresivo tienen este carácter (Kraepelin, 1921; Wetzel et al, 1980).

También se ha asociado este carácter melancólico con perfiles temperamentales obsesivos o borderline (Hirschfeld y Klerman, 1979; Svrakic et al, 1996).

También se relaciona en el modelo, los rasgos temperamentales y su neuroquímica, con diferentes clases de ansiedad y/o disforia: ansiedad somática y elevada con búsqueda de novedades, ansiedad cognitiva con alta evitación de daño y disforia con dependencia de recompensa. Esta disforia es la más reactiva a los estreses ambientales, mientras que las primeras son estados afectivos más autónomos.

Combina modelos de predisposición, causa y patoplastia, con preferencia por el 1º. La adaptación

al estrés, vulnerabilidad y respuesta depende de la combinación de rasgos y tp.

La depresión se daría en quienes tuvieran elevados niveles de: dependencia de recompensa, evitación de daño y búsqueda de novedades (Mulder et al,1994; Cloninger et al,1993).

En estudios de este modelo y tp, se han visto que los valores de tp se comparten con otros tp. Así:

- una alta evitación del daño, se ve en tpd, y tp evitativo, dependiente y autoderrotista.
- baja búsqueda de novedades, se ve en tpd y en tp evitativo (Lyoo et al,1998; Svrakic et al,1993).

La relación entre tpd. y el cuestionario de Cloninger (TCI:temperament and character inventory), en relación con el cuestionario de personalidad (CATI:Coolidge axis II inventory: mide los 10 t.p. del DSM-IV, más los 2 de su apéndice, pasivo-agresivo y depresiva; más 2 del apéndice del DSM-III-R, sádico y autoderrotista) ha resultado: 3 correlaciones negativas con:cooperativismo, autodirección y autotranscendencia; y una correlación positiva con evitación del daño..(Griego et al, 1999).

9.2.3. La relación de las actitudes disfuncionales con la personalidad en pacientes depresivos:

La escala de actitudes disfuncionales (DAS) se correlaciona con la duración de la depresión, edad de comienzo de la depresión, edad, evitación de daño y autodirección (self-directedness). Con regresión múltiple, el 45% de la varianza de DAS se puede explicar con:duración de depresión, dependencia de recompensa y autodirección (dimensión de carácter del TCI: Temperament and Character inventory, que evalúa los autoconceptos del individuo). Este es el más fuerte predictor de actitudes disfuncionales. (Luty et al,1999).

Con la regresión stepwise se obtiene un 45% del DAS con: alta dependencia de recompensa, baja autodirección y depresión crónica (de larga duración)..(Luty et al,1999). Se puede concluir, según estos autores, que:

- el **DAS** se puede predecir por la dimensión de carácter **autodirección**.
- también se correlacionan: dependencia de recompensa y duración de depresión.

Parecidos resultados se observan en la teoría cognitiva de la depresión del autoesquema (y actitudes disfuncionales como factor de vulnerabilidad ante la depresión) y la visión cognitiva del self del TCI.

Según el modelo de Cloninger (psicobiológico y de desarrollo), la autodirección: depende de una variedad de factores de desarrollo, que podrían impactar adversamente sobre el desarrollo del individuo de su concepto cognitivo de ellos mismos como individuos.

Baja autodirección es rasgo básico de tp (Svrakic et al,1993; Bulik et al,1995). Puede ser un marco alternativo la autodirección al núcleo cognitivo de la vulnerabilidad a la depresión. Por eso hay altas tasas de t.p. en la depresión (Mulder,1994; Pilkonis y Frank, 1988).

La dependencia de recompensa, (“necesidad de los demás”) está relacionada con DAS, y la sociotropía (Joyce,1994).

La dependencia de recompensa más la baja autodirección son rasgos de personalidad dependiente y/o histriónico (Svrakic,1993; Bulik,1995). Los depresivos con este temperamento son: pegajosos, demandan atención y adulación en la consulta (Oldham,1994).

9.3. Modelo espectral:

La personalidad y el espectro de los trastornos de personalidad

Entre personalidad y t.p hay una clara relación espectral (Widiger et al,1994).

Algunos teorizan que los t.p. son distintos cualitativamente que la personalidad normal (Gunderson et al,1991; Meehl,1995; Siever &Davis,1991). Según estos autores, algunos rasgos de personalidad predisponen a t.p.: tp borderline como una variante extrema de neuroticismo, o t.p. esquizoide de introversión.

Por el contrario, otros autores coinciden con el DSM-IV y abogan que los t.p. son variantes maladaptativas y/o extremas de rasgos de personalidad normal (Widiger et al,1994). Observan el parecido de los criterios diagnósticos del DSM-IV y el FFM (modelo 5 factorial): neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (five factor model de Costa &Mcrae,1990). La faceta de afectividad negativa o neuroticismo se asemeja mucho a los criterios del tp borderline del DSM-IV: hostilidad iracunda, afectividad negativa ansiosa y depresiva, vulnerabilidad e impulsividad. También los criterios del tp. obsesivo-compulsivo se parecen a los del “conscientioussness” del FFM. La importancia de esta correspondencia entre FFM y DSM-IV abunda en la relación entre personalidad normal (FFM) y patológica (DSM-IV).

Según otros autores y diversas metodologías, los tp no parecen ser cualitativamente distintos del

funcionamiento habitual de la personalidad (Clark et al,1996; Livesley et al,1994; Widiger et al,1995). Añaden estos autores a los 4 primeros factores del FFM (neuroticismo, introversión-extraversión, agresión-afabilidad, búsqueda de sensaciones impulsivas-responsable) una 5ª dimensión que denominan dependencia.

Se dan rasgos de personalidad (combinaciones de rasgos maladaptativos de personalidad) que serán relevantes, de manera desigual, para uno o más tp de cada uno de los 3 clusters o grupos y también para trastornos de ánimo o de ansiedad. Defienden también el modelo espectral o de causa común, desechando la tradicional dicotomía entre personalidad y psicopatología. Los rasgos de personalidad son componentes inherentes de muchos tipos de psicopatología, más que factores independientes que contribuyan a ella. La personalidad comparte, en un contexto, un origen común (diátesis genética y etiología ambiental o basada en el aprendizaje), a lo que es la psicopatología en otro.

También se ha confirmado por otros estudios la relación estrecha de los t.p. con los dominios y facetas del FFM (Axelrod et al,1997; Clark et al,1994; O'Connor et al,1998;Trull,1992).

Como ya se ha mencionado, la correspondencia entre el FFM y el DSM-IV abarca 4 dominios. La apertura a la experiencia no existe en el DSM-IV, acostumbrado a diagnosticar más el mal funcionamiento de la personalidad, y no: la mayor recepción a intervenciones psicoterapéuticas, autoexploración, y cambio (apertura); versus, cerrados a la experiencia (más resistentes, testarudos y rígidos).

9.4. Estudios familiares:

Se ha visto una co-agregación familiar entre el tpd y trastornos del ánimo (Klein, 1990; Klein & Miller, 1993). El tpd era más frecuente entre hijos de pacientes hospitalizados por dm, que en descendientes de controles normales o pacientes hospitalizados por trastornos médicos (Klein et al,1988).

Los rasgos de personalidad depresiva eran más probables de encontrar que otros rasgos en familiares de pacientes con dm (Wetzel et al, 1980).

9.5. Evaluación:

La evaluación fiable del tpd deberá distinguir entre personalidad normal y depresiva. A través del

sistema dimensional, veremos el rango desde la normalidad hasta el tpd severo, con más tp asociados. A pesar del solapamiento entre tp del grupo C y con la distimia, observamos criterios diagnósticos específicos del tpd. Distinguir estado mental depresivo crónico de rasgo de personalidad no es fácil. El diagnóstico previo a la depresión y la información de familiares nos ayudan.

Los estudios test-retest evalúan a corto plazo los t.p.; pero para evaluación a largo plazo son necesarios estudios longitudinales.

Parker et al.(2000) utilizan un modelo de respuesta conductual al estrés, que subdividen en acting in y acting out (según que se aislen y guarden su estrés, o griten y peguen,...), con el que dividen en grupos C más disfunción de personalidad asociada; y en grupo B predominante en los acting out. Los casos asociados de respuesta conductual reflejan mayor trastorno de ansiedad vital y los dos tipos de tp (B y C).

En un estudio no clínico de estudiantes, durante 4 años, se examinaron t.p en 3 diferentes tiempos a través de IPDE y el MCMI-II.(Lenzenweger, 1999).

.Los rasgos de t.p. mostraban estabilidad a través de diferencias individuales y medias grupales, a nivel dimensional, en el IPDE y MCMI-II. Había un modesto declinar en rasgos personalidad con el tiempo; estos cambios se dan con relativamente pequeño efecto tamaño (effect sizes o proporción de variabilidad en rasgos de personalidad atribuible a un factor: grupo, tiempo o interacción de grupo con tiempo).

Los rasgos de personalidad, dimensionales, son relativamente estables en términos de diferencias individuales y media grupales, según entrevistas clínica y autoadministradas.

Solo existen estudios de estabilidad a largo plazo de personalidad normal.Los diseños longitudinales multionda prospectivos son los más adecuados para estudiar la continuidad y cambio en la personalidad.

La estabilidad de los rasgos de los t.p. se pueden evaluar desde 4 posiciones (Lenzenweger, 1999):

- diferencias individuales según grado o categorías; estabilidad de grupo o nivel medio; estabilidad estructural o factoria; estabilidad ipsativa o intrapersonal; modelo de ecuación estructural; procedimientos de curva de crecimiento latente.

Los rasgos de personalidad patológica pueden disminuir con la edad más que la personalidad normal.

Otros análisis de estabilidad:

- *análisis de curvas de crecimiento latente y de invarianza factorial.*
- *análisis de estabilidad y cambio con ecuación estructural..*

Como alternativas a la evaluación y clasificación del tp, están los modelos jerárquicos y dimensionales.

El sistema jerárquico combinaría el categorial con la severidad del trastorno. Permite ampliar el rango de personalidad, la severidad y el tipo, reduce la comorbilidad y separa la dimensión de personalidad de los trastornos del estado mental. Además, permite una clasificación de niveles intermedios de anomalías de personalidad.

El sistema dimensional se basa en la evaluación de rasgos de personalidad en un eje separado, con mayor fiabilidad que el categorial; evita la comorbilidad de los ejes I y II y desestigmatiza el tp al sustituirlo por una puntuación en la escala. Tiene el problema de su utilidad por los clínicos (más cómodo el categorial) y la duda de si permanecerá en el futuro un eje II separado para los tp (como en el DSM-IV).

Se necesitan estudios longitudinales que recojan expresiones sintomáticas, afectivas, conductuales y cognitivas de la personalidad depresiva. Se ha intentado el consenso válido a través del LEAD (“longitudinal, expert, all data”), esto es, un estudio longitudinal realizado y evaluado por expertos que luego consensúan los resultados (Spitzer, 1983; Pilkonis et al, 1991). O también el uso de ejemplares prototípicos que evalúen manifestaciones conductuales de la personalidad (Livesley & Schroeder, 1990).

Nunca es insuficiente insistir en que un trastorno mental (depresión recurrente o episodio maniaco) puede llegar a exagerar la psicopatología del tp y hacernos ocultar la existencia del trastorno mental episódico coocurrente. Además, mencionar de nuevo, la posibilidad de contaminación del episodio en la evaluación del tp.

9.6. Diagnóstico diferencial:

9.6.1. Distinción conceptual:

Se ha sugerido que el tpd se puede solapar conceptualmente con tp autoderrotista (Kernberg, 1984),

tp dependiente (Kernberg, 1984), obsesivo-compulsivo (Schneider, 1923), tp evitativo (Standage, 1986), tp borderline, tp pasivo-agresivo y distimia.

Tp autoderrotista: Junto con el tpd son tomadas por Kernberg (1987) como constructos relacionados, cuando nos habla de la personalidad depresivo-masoquista. Simons (1986) las diferencia: pacientes con tp autoderrotista inconscientemente torturan y chantajea a los demás, provocando venganza; su lucha interna se externaliza y actúa con el mundo externo. Mientras que el tpd internaliza su conflicto, se autotortura y autoderrota sin la venganza provocada de los demás. Aquellos rechazan oportunidades de placer y reaccionan negativamente si ocurren acontecimientos positivos, los de tpd ven difícil sacar goce o placer de tales acontecimientos.

Tp dependiente: La dependencia es un rasgo observado por psicoanalistas en el tpd (Kernberg 1987; Kahn, 1975), en oposición a los fenomenólogos alemanes. Estos pacientes son muy dependientes de la aprobación de los demás, pero no se apegan demasiado, e incluso pueden parecer contradependientes (Kernberg, 1990). Tienden a rechazar a los demás antes de poder ser rechazados, y así evitan sentirse decepcionados y frustrados si no encuentran colmadas sus necesidades de dependencia.

Tp. obsesivo-compulsivo: Los rasgos de tp obsesiva “responsable, apegado al deber y autodisciplinado” se han propuesto a formar parte del tpd (Schneider, 1923; Tellenbach, 1961; Laughlin, 1967; Kernberg, 1987; Akiskal, 1989; Simons, 1986). No obstante, los datos empíricos no apoyan su inclusión en el tpd (Klein et al, 1988; Phillips et al, 1994). Además, los tp obsesivos son más constreñidos en su expresión del afecto y no están tristes persistentemente. Tienen un estilo interpersonal de control, mientras que en los tpd son pasivos e inasertivos (Kernberg, 1990).

Tp evitativo: Aunque los tp evitativos son tímidos e introvertidos como los tpd (Schneider, 1923; Akiskal, 1989; Simons, 1986), los tpd rechazan menos contactar con la gente, y por ello tienen más y mejores relaciones con los demás (Kernberg, 1984). Por su gran sentido de responsabilidad personal los tpd, intentan relacionarse bien, consiguiendo buenos resultados en apariencia, a costa de tensión y dudas sobre si merecen el amor y la amistad de los demás (Kernberg, 1984). Además los tp evitativo no están crónicamente infelices o tristes.

Tp borderline: En el tp borderline el ánimo es inestable, y se perturba por explosiones de ira. En el tpd la ira tiende a no ser expresada. Las relaciones en tp borderline son también inestables, alternando

entre los extremos de expectativas idealizadas y la percepción de traiciones amargas. En el tpd las relaciones son más estables, sin expresarse los pensamientos negativos sobre los demás (Kernberg, 1984). En los tp borderline se ve un trastorno de identidad severo (vacilación y extrema maldad), y en los tpd una estable baja autoestima. Estos tienden hacia la restricción conductual y el estreñimiento, no a la impulsividad de los tp borderline (Kernberg, 1990).

Tp pasivo-agresivo: El negativismo del tp pasivo-agresivo es hacia figuras de autoridad y se expresa en respuesta ante demandas. Mientras que los tpd son cumplidores y ansiosos de agradar a la autoridad (Laughlin, 1967). Los primeros tampoco son tristes ni disfóricos persistentemente. Comparten los dos tp el pesimismo y crítica de los demás. Pero la crítica de los tp pasivo-agresivo es sobre todo hacia las figuras de autoridad, y en los tpd no. Además, estos tienden más a inhibir sus expresiones de crítica, hostilidad o pensamientos o sentimientos agresivos, y a sentirse culpables y culpabilizarse más ellos mismos que a los demás. Su ánimo es más triste e infeliz, que malhumorado, irritable y enfadado.

Distimia: A pesar de que ya hay un capítulo específico de este tema, vamos a resumir 4 cosas:

- el tpd tiene un comienzo temprano, la distimia puede empezar a cualquier edad.
- el tpd es crónico y persistente, la distimia puede remitir.
- el tpd se caracteriza más por rasgos de personalidad, más que por síntomas.
- muchos rasgos del tpd son cognitivos, intrapsíquicos e interpersonales; contrastan con los síntomas de la distimia, que son en gran parte somáticos.

9.6.2. Distinción empírica:

También se ha mencionado al hablar de la comorbilidad, con lo que daremos un esquema breve:

- Standage (1986), con muestra de 4 pacientes y criterios de Schneider de tpd encuentra en el tpd: tp evitativo, rasgos evitativos, y dos tp mixta.
- Klein (1990), con una muestra de 177 pacientes ambulatorios, seguimiento de 6 meses y criterios de Akiskal: vió en el tpd asociación con tp esquizotípico (23% / 7%).
- Phillips et al(1994), con 54 pacientes y entrevista de Gunderson de tpd: 13% de tpd, también un tp del grupo A, ninguno tp esquizotípico; 19% del B (10% tp borderline) y 48% con el C. De estos, 29%

tp evitativo, 10 % tp dependiente, 10% tp pasivo-agresivo, 13% tp obsesivo-compulsivo y 13% de pd, tp autoderrotista.

- comorbilidad con distimia: en muestra clínica un 30% de tpd también eran distímicos; si es muestra no clínica bajaba al 19% (Klein & Miller, 1993). O un 35% eran distímicos en tpd clínica, y un 16% distímicos de comienzo temprano (Phillips et al, 1992).

- Con otros trastornos del ánimo del eje I: si tenían tpd, la dm era más severa y había antecedentes familiares con más trastorno bipolar u hospitalización por trastornos del ánimo, que si no presentaban tpd (Klein et al, 1988). Pero tenían menos d.m severa y menos familiares con depresión que los pacientes con distimia.

9.6.3. Distinción con la distimia:

Generalmente las diferencias entre los t.p. y los trastornos del ánimo, se basan en: los criterios diagnósticos y persistencia de los síntomas; los t. del ánimo suelen ser egodistónicos: el que los padece, los siente como distintos de su yo habitual. Son episódicos o de tiempo limitado, aunque se observan también síntomas residuales o continuación del trastorno depresivo.

Los t.p. se consideran como aspectos duraderos del yo individual, como parte de su personalidad o estructura de carácter.

Habitualmente se trataba a los trastornos del Eje I como de causa y terapéutica biológica, y a los del Eje II como con etiología y tratamiento psicológico.

No está claro si los trastornos del ánimo crónicos y el t.p. depresivo crónico representan entidades distintas, o si sus diferencias son más un artefacto del marco teórico.

Kahlbaum fue el primero en hablar del concepto de distimia, diferenciándolo del de ciclotimia (Freeman, 1994).

En el DSM-II pasa a denominarse tp. la depresión crónica; hasta que llega el DSM-III y volvemos a la distimia, como depresión crónica de más de 2 años de duración. El DSM-III-R incluye el trastorno distímico y ciclotímico dentro de los trastornos afectivos.

Klein (1990) encontró en un estudio con pacientes ambulatorios que un 51% de ellos con personalidad depresiva, no tenían distimia; también vió como un 66% con tpd, no tenían distimia de

comienzo temprano.

Phillips et al (1992) también en una muestra ambulatoria y utilizando el DID, encontró en los tpd, un 65% sin distimia y un 84% sin distimia de comienzo temprano.

El DSM-IV incluye los criterios diagnósticos de la distimia del DSM-III R, y además añade un apéndice con más criterios: items cognitivos y algunos de los ya citados del tpd (apéndice del DSM-IV), como: baja autoestima, pesimismo, culpa y tristeza. Según esto, sería esperable una alta concordancia entre la distimia y el tpd. Vemos que no es así, ya que en los estudios de campo del DSM-IV, un 75% de los tpd no tenían los criterios propuestos para la distimia. Sólo el 35% cumplían los criterios del curso de la distimia: ánimo depresivo persistente, no depresión mayor en los primeros 2 años, los periodos asintomáticos no deben durar más de 2 meses.

Todo ello nos sugiere que el tpd. tiene un curso más fluctuante de sus rasgos; un modelo, que aunque es característico del individuo durante largos periodos, puede variar más en su presencia e intensidad. La distimia, incluida la de comienzo temprano, no abarca un mínimo de 5 de los 7 criterios propuestos para el diagnóstico de tpd.

Heerlein (1996) observa en un grupo de internos depresivos recuperados, como su personalidad premórbida (se basa en autoevaluaciones e informes familiares ,con la escala de Munich, MPT, y la de Kischkel de la intolerancia a la ambigüedad) se caracteriza y distingue de otros trastornos, por su rigidez y por la intolerancia a la ambigüedad.

Comparando tpd con trastornos del ánimo respecto a dimensiones, se ha encontrado: mayor puntuación de evitación da daño y neuroticismo, y menor de búsqueda de novedades, extraversión y uso de mecanismos de defensa adaptativos en tpd (Lyo et al,1998). También los pacientes con tpd presentaban más reactividad al estrés, autocrítica y atribuciones depresivas, y menor extraversión , que otros con trastornos del ánimo, en otro estudio (Klein,1990).

En un trastorno depresivo crónico, sea afectivo o de personalidad, hemos de prestar atención a:

1. Los síntomas o rasgos específicos incluidos en la definición.
2. Requerimientos de persistencia y duracion de los mismos.
3. Inclusión de rasgos de personalidad no relacionados directamente con el ánimo.
4. Factores etiológicos que se postulen.
5. Aproximación diagnóstica: categorial y/o dimensional.

A pesar de la superposición conceptual entre distimia y tpd, se encuentran diversas e importantes diferencias entre los dos constructos. Para el criterio de distimia se requiere un trastorno crónico del humor. Este trastorno no es el rasgo central del tpd. El DSM requiere así mismo dos a seis síntomas depresivos asociados para el diagnóstico de distimia. De los seis ítems, dos son síntomas vegetativos clásicos (trastornos del sueño y del apetito), tres son vistos como rasgos de personalidad, si persisten largo tiempo (baja energía, pobre concentración o dificultad para tomar decisiones y desesperanza) y solo uno cae claramente dentro del tipo de rasgos de la personalidad (baja autoestima). Como resultado de esas diferencias, se ha argumentado que los criterios del DSM III y DSM III-R para distimia definen una condición más severa que la del tpd, lo cual no está claro.

Quedan cuestiones por resolver:

- ¿ Son dos formas diferentes del mismo trastorno o enfermedad, la distimia y la d.m.? Si es un prodromo o secuela de ella, ¿ por qué en unos casos precede a la d.m. y en otros se da esta sin una distimia previa ? O ¿ por qué seguiría a ciertos tipos de d.m. y no a otros ? ¿Es la distimia una forma crónica, leve, independiente de la depresión?
- ¿ Es la d.m. una exacerbación de la distimia (la gravedad de esta lo contradice), una distimia agudizada por causa desconocida o distimia complicada por síntomas o anomalías biológicas y somáticas?. Si la respuesta fuera afirmativa, seguiría siendo la distimia un constructo muy heterogéneo. ¿ se debería cambiar su conjunto de síntomas para mejorar su validez?.
- ¿ Comparten las personalidades depresivas y las personalidades ansiosas y dependientes la misma predisposición genética que los distímicos y las personas con d.m.?
- ¿ Altera la depresión menor crónica la personalidad? Si es así, ¿ de qué manera?. ¿ Hay alguna relación específica de los t.p. con la distimia, respecto de la d.m.?
- ¿ Son los tp. un factor de riesgo de cronicidad, que convierten la depresión menor en depresión menor crónica?.
- ¿ Fluctúan los rasgos de la personalidad con la depresión y se manifiestan solo algunos de ellos durante los episodios depresivos?.
- ¿ Cambiará el tratamiento de la distimia la personalidad, y puede tratarse una personalidad depresiva con antidepresivos?.

Si se evalúa la personalidad en depresivos recuperados o con historia de depresión, los rasgos pueden

no indicar predisposición a futuros episodios depresivos; pueden ser simplemente una complicación o efecto patoplástico de la 1ª depresión. Solo se puede responder a estas cuestiones viendo la evolución del individuo a lo largo de su vida.

Incluso, si una persona no tiene historial depresivo, el límite del solapamiento del rasgo de personalidad con el trastorno del ánimo (por ejemplo, el neuroticismo o afectividad negativa) puede llegar a tener puntuaciones elevadas que representen una manifestación subsindrómica (espectral), más que una predisposición.

La asociación cuantitativa y cualitativa entre tp. y distimia es la misma que se da en la d.m.. Como es más frecuente la asociación de tp. con distimia que con d.m., se hipotetiza que los tp. contribuyen a la cronicidad de la depresión, incluso en los casos más leves de esta. ¿Existen en la d.m. crónica más tp. que en la depresión única o recurrente?.

La distimia como es un subgrupo de depresión menor con curso crónico tiene más asociación con tp. que la depresión menor recurrente.

La presencia de un tp. puede aumentar el riesgo de que la d.m. evolucione a la cronicidad y de que la depresión menor evolucione a la distimia. Las condiciones psicosociales familiares desfavorables y el desarrollo temprano de ansiedad en infancia/adolescencia, son factores de riesgo adicionales para un curso crónico.

Los tp. son más frecuentes entre distímicos que en d.m., pero no así en los familiares de ambos (igual prevalencia de tp.).

9.7. Curso o evolución :

En estudios longitudinales, se ha comprobado como la mayor severidad o mayor número de rasgos dimensionales del tp. (cualquiera), va asociada con una peor evolución (Tyrrer, 1996).

Los pacientes con tpd. tienen más deterioro funcional y mayor tasa de trast. afectivos en sus familiares de primer grado, que los que no tienen tpd. (Klein, 1993).

Vine (1994) estudia pacientes mayores depresivos (mayores de 60 años), en un Hospital de Día y longitudinalmente. Aunque no diferencia el estado depresivo de la personalidad, observa en una tercera parte de tp., peor evolución si es del tipo B la asociación con la depresión.

Phillips et al.(1998) encontraron en un estudio longitudinal de 54 pacientes con rasgos depresivos duraderos de grado medio, que 30 tenían tpd, 2/3 no tenían distimia ni dm, y un 40% tampoco mostraban un tp comórbido. Un años después quienes tenían tpd apenas habían cambiado. Parecidos resultados obtuvieron Klein y Shih(1998).

En general, tienden a mejorar con los años algunos rasgos de personalidad si estaban presentes desde la adolescencia, pero otros persisten en niveles de severidad medios o moderados (más si se asocian a componentes obsesivo-compulsivos).

Se ha demostrado que los síntomas depresivos pueden predecir trastornos psíquicos futuros hasta 16 años después, supuestamente porque representen una dimensión normal de personalidad afin al neuroticismo (Zonderman et al, 1993).

II - DISEÑO Y METODOLOGIA :

1. Objetivos:

Objetivo general:

Diferenciación clínica entre distimia y trastorno de personalidad depresiva (tpd.).

Objetivos específicos:

- ¿ hay diferenciación entre rasgos de personalidad y síntomas depresivos menores.?
- ¿ se puede hablar de espectro depresivo, en el que se incluya la distimia y el trastorno de personalidad depresiva?.
- ¿se debe incluir el tpd. dentro de la distimia como un subgrupo específico?

2. Importancia del estudio:

La distinción clínica de lo que son síntomas depresivos menores, que no llegan al umbral diagnóstico de dm., y rasgos o factores de personalidad (normales y/o patológicos), ha sido motivo constante de

polémica.

El motivo de volver a ella, no solo se debe a la vuelta a esta polémica en la literatura mundial, sino también al cuestionamiento creciente de :¿ donde está la separación entre síntomas o estado (eje I), y rasgos o formas de ser, pensar, sentir habituales (eje II) ?.

Ahora sabemos más que antes sobre los estados afectivos, su curso crónico muchas veces, su recuperación incompleta, y cómo los tratamientos han de ser más continuados de lo que se hacía unos años atrás. Pero también cada vez investigamos más la personalidad, sus rasgos y trastornos. Vemos que influye bastante en la clínica y evolución del trastorno del eje I comórbido. Lo mismo sucede con la personalidad depresiva. Sea un constructo distinto, o incluido en la distimia, hemos de saberlo. Ya tenemos más escalas y entrevistas estructuradas para investigarla. ¡Qué duda cabe que no es lo mismo tener un episodio depresivo aislado, que tener además un tpd.¡

Los estudios hasta ahora han sido muy escasos, con muestras no clínicas, o contaminados por la presencia simultánea de un estado depresivo. Otros ni siquiera lo estudian porque piensan que ya está englobado en la distimia.

Cuando tratamos de saber más de los tp., cuando se habla casi más de los t.p. borderline que de las depresiones, creemos que es momento de intentar deslindar, o no, la personalidad depresiva y sus trastornos del eje I. Es tarea difícil y a lo mejor los resultados no son tan fructíferos para el trabajo realizado. Pero aún así, no serán negativos cuando sabemos tan poco de esta personalidad.

3. Tipo de estudio:

Se trata de un estudio prospectivo de cohorte analítico unicéntrico. Se realiza a lo largo de 6 años (1993-1998) el seguimiento de un grupo de pacientes, en un Centro de Salud Mental. Del grupo de pacientes, se harán dos grupos preferentemente, comparándose los resultados de esos dos grupos. Será longitudinal también, realizándose una 2ª evaluación al cabo de 3 años a un porcentaje de esos pacientes.

4. Población:

La población de la que se toma la muestra está incluida en el Area 1 de la sectorización sanitaria de

Madrid. Dentro de ella, el distrito de Arganda del Rey. Este incluye 5 equipos de atención primaria (Arganda, Villarejo de Salvanés, Campo Real, Perales de Tajuña y Rivas). El último distrito citado, Rivas, se ha incluido a la zonificación hace unos 2 años y medio, por lo que habrá menos pacientes de su zona en la muestra.

La población es sobre todo rural, dispersa en 22 pueblos. Únicamente Arganda del Rey y Rivas son municipios con mayor población urbana.

La clase social es baja o media. El nivel de alfabetización va en relación inversa con la edad, aunque está aumentando mucho e igualándose a cifras de la provincia (son inferencias, no se han obtenido estadísticas oficiales en este momento)

La muestra la componen pacientes ambulatorios que acuden al Centro de Salud Mental de Arganda (Madrid), entre 1993 y 1998. Son 119 pacientes, de los que 4 se pierden. Estos, aunque aceptan el consentimiento informado inicial (vía oral), en la continuación del estudio: o no están localizables, o rechazan participar en alguna entrevista psiquiátrica adicional.

La duración media del seguimiento de cada paciente es de 3,5 años.

Son elegidos al azar, según vienen a mi consulta y aceptan participar en el estudio.

4.1. - Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años que acuden al C.S.M. de Arganda del Rey con diagnósticos clínicos de : trastornos afectivos (excepto bipolares y ciclotimias), trastornos de ansiedad o neuróticos, trastorno adaptativo con síntomas depresivos y trastornos de la personalidad (según el DSM-IV). Que no sean analfabetos o tengan un nivel cultural adecuado para entender los cuestionarios autoadministrados. Podrán ser pacientes nuevos, que acuden a la consulta por 1ª vez, o pacientes que vienen como revisiones, ya atendidos por mi en más ocasiones.

En su gran mayoría son derivados por médicos de atención primaria del distrito. El resto vienen de Servicios Sociales, otros especialistas, o derivados de la Urgencia de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón (Hospital de referencia para internamientos agudos).

4.2. - 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. También fueron excluidos los que no admitieron el consentimiento informado para participar en el estudio. Fueron 3 casos, aluyendo causas inespecíficas, sin ninguna posible variable de sesgo.

4.3. Intervención:

No se incluye ningún tratamiento ni exigencia a los pacientes. La mayoría siguen o se les pauta un tratamiento (psicofarmacológico y/o psicoterapéutico). Únicamente han de responder a los cuestionarios autoadministrados y las entrevistas semiestructuradas que les realizo.

5. Seguimiento y duración del estudio:

Estudio prospectivo, desde Febrero de 1993 hasta Abril de 1998, de los pacientes que acuden al CSM de Arganda en ese tiempo.

Las entrevistas efectuadas tras la inclusión del estudio siguen una pauta prefijada. No deben presentar un episodio depresivo reciente. Si es así, se incluye al paciente a posteriori (tras 2 meses y cuando no superen el umbral citado de la escala de Hamilton).

La 2ª entrevista de la escala de personalidad depresiva se realiza a los 2 años, cuando menos , de la 1ª batería de pruebas. La selección de los pacientes es: que hayan resultado positivos en la entrevista citada, que no estén en un estado depresivo (hasta 2 meses previo como mínimo), y que continúen presentando los criterios de inclusión iniciales.

Los pacientes que en la evolución presentaron un episodio maniaco o hipomaniaco, o no respondieron a todas las entrevistas o cuestionarios, fueron excluidos del estudio. En total fueron 5, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas con la muestra total.

Si en la realización de algún cuestionario, la subescala de validez o de distorsión era elevada, se repetía

el test, explicando al paciente los motivos de la repetición del mismo.

6. - Muestra:

Los pacientes se dividirán en 4 grupos, a doble ciego, distribuidos a su vez en 2 subgrupos:

1. **Personalidad depresiva positiva** (pasan el punto de corte de 31 de la entrevista de personalidad depresiva de Gunderson, Hirschfeld et al.):

1.a.: Con distimia.(ddd 3: 25 pacientes).

1.b.: Sin distimia.(ddd 1: 31 pacientes).

2. **Personalidad depresiva negativa** (puntuación de 31 o inferior en la misma entrevista):

2.a.: Con distimia.(ddd 2: 19 pacientes).

2.b.: Sin distimia.(ddd 0: 41 pacientes)

Cuando se separan estos grupos es al final de las entrevistas de evaluación. En ningún momento se sabe (y tampoco el paciente) a qué grupo pertenece cada paciente; por ello se puede considerar doble ciego.

El objetivo de la investigación recaerá más, en el trabajo estadístico posterior, en la comparación de los grupos ddd 1 (ó 1, ó personalidad depresiva positiva y distimia negativa) y ddd 2 (ó 2, ó distimia positiva y personalidad depresiva negativa).

En ddd.2 hay 19 casos. De ellos, hay uno en el que faltan los datos de la escala did y DSM-IV. Como es una serie con pocos casos, se reduciría a 18 la muestra. Por ello se opta por sustituir la media del grupo por ese caso perdido.

7. Evaluación clínica:

Ha debido transcurrir un periodo de tiempo mínimo de 2 meses desde el último episodio depresivo mayor. Deben estar por debajo del punto de corte arbitrario de 12 en la escala de Hamilton de la

depresión de 24 ítems (algunos autores utilizan el 14), con el fin de evitar la contaminación del estado depresivo. O también se incluyen pacientes que no han tenido una depresión previa.

No se dividen grupos según si tienen o no antecedentes depresivos, dada la gran controversia actual sobre si existe diferencia o no entre lo postdepresivo o lo premorbido a la depresión.

7.1. Estudio de personalidad:

- cuestionario de **Millon III (MCMI-III)**, que incluye una escala de personalidad depresiva. Tiene factores de validez, que rechazan el cuestionario si son altas sus puntuaciones (no incluidas por tanto). Además incluye subescalas para el trastorno bipolar, trastorno por estrés posttraumático, entre otros trastornos del eje I del DSM-IV.

- cuestionario **Big Five (BFQ)**, con las escalas: *energía* (visión confiada y entusiasta de aspectos vitales, tipo interpersonal sobre todo), *amigabilidad* (preocupación altruista y de apoyo emocional a los demás), *consciencia o responsabilidad* (comportamiento perseverante, escrupuloso y responsable), *estabilidad emocional* (capacidad de afrontar la ansiedad, depresión, irritabilidad, frustración,...), *apertura* (ante nuevas ideas, valores, sentimientos, intereses). Además incorpora una escala tipo "L" para medir la deseabilidad social (escala de distorsión).

- entrevista semiestructurada de trastornos de la personalidad **SCID-II** (para el DSM-III-R).

- **entrevista estructurada de trastorno de personalidad depresiva** de (Gunderson et al, 1994) (Diagnostic interview for depressive personality disorder). Esta entrevista incluía originalmente los 32 rasgos de tpd mencionados en la literatura. Tiene una buena fiabilidad interexaminadores para los rasgos individuales y para el diagnóstico total ($\kappa = 0,62$). Su consistencia interna también es alta ($\alpha = 0,93$). Los ítems hipocondriasis y responsabilidad (conscientiousness) no se correlacionaban bien con los otros ítems, y se eliminaron de la versión revisada. Este último se mantiene en la escala de Akiskal.

El análisis factorial de la entrevista diagnóstica, con el estudio de campo de trastornos del ánimo de la DSM-IV, produjo los siguientes factores: negativista, introvertido/tenso, pasivo/no asertivo, y sacrificado.

Está adaptada y traducida al castellano por el doctorando, con permiso y aceptación de los autores,

y con la colaboración de la Dra. M.J. Mardomingo. Esta entrevista consta de 26 ítems, y está dividida en 4 subescalas (negativismo, introversión, pasivo y abnegado/sacrificado).

Se realizará en dos tiempos esta entrevista, para ver la fiabilidad test-retest, en un tercio de la muestra; y con una separación de más de 2 años, con el objetivo añadido de ver la estabilidad diagnóstica del trastorno de personalidad depresiva.

- escala de **personalidad depresiva del apéndice del DSM-IV**: criterios para posterior investigación.

7.2. Estudio de los trastornos del eje I:

- para el diagnóstico de la distimia: entrevista semiestructurada del SCID-I (para el DSM-III-R), DSM-IV (no el apéndice, sino la clasificación oficial incluida en los trastornos del ánimo). Se corroboran los datos por la historia clínica, ya que la mayoría son pacientes conocidos a través del estudio longitudinal.

- el resto de los diagnósticos del eje I es a través del SCID-I, información facilitada por familiares de pacientes y la historia clínica.

7.3. Instrumentos:

- Hamilton para la depresión, 24 ítems.(Hamilton,1960).
- Test BFQ (Big Five Questionary).
- SCID I y II (DSM-III-R) (Spitzer et al,1987).
- Escala de personalidad depresiva de Gunderson, Hirschfeld.et al.(1994).
- Historia de tratamientos previos.
- Protocolo clínico y socio-demográfico.
- MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory)(Millon,1994).
- Criterios DSM-IV para personalidad depresiva.

7.3.1. MCMII-III

Este cuestionario autoadministrado por el paciente es uno de los test de personalidad utilizados en este estudio (Millon Clinical Multiaxial Inventory III). Se basa en la clasificación de los tp. del DSM-IV (Millon, 1994).

Consta de 175 items que dan puntuaciones de modelos básicos de personalidad y tp severa. Tiene escalas para 14 tp y para 10 síndromes clínicos. Los tp son 10 oficiales y 4 adicionales: depresivo, pasivo-agresivo, autoderrotista y agresivo (o sádico).

En estudios realizados (Craig et al, 1993; Retzlaff et al,1995), se ha comprobado que tiene favorables propiedades psicométricas.

El MCMII-II, la versión anterior del mismo, se basaba en el: DSM-III-R.

El MCMII-III añade respecto al anterior, el tpd. y el TPEPT(trastorno por estrés posttraumático). Consta de 175 items divididos en 27 escalas: 11 de estilos o rasgos de t p.; 3 de t p. más severos; 10 de síndromes clínicos y 3 índices de validez o estilo de respuesta: revelación, degradación y deseabilidad.

Con el uso del MCMII-II, Stankovic (1993), en una muestra depresiva ambulatoria, tras recibir tratamiento, observó que: disminuye el t p. esquizoide, autodestructivo, evitativo y esquizotípico. Con la disminución de la escala de Hamilton de la depresión, disminuye el esquizoide y aumenta el narcisista. Joffe (1988) vió como aumentaban: histriónico, narcisista, compulsivo; el resto disminuían, salvo el paranoide.

Luego se comprobó que la severidad de síntomas clínicos influye en la respuesta del test de personalidad estable.

En estudio con el MCMII-III (Piersma, 1997), con pacientes ingresados y poca diferencia de tiempo test-retest, comprobó que: no se daban cambios en: esquizoide, antisocial, autodestructivo y esquizotípico. Disminuye: tp. evitativo, depresivo, dependiente, agresivo y pasivo-agresivo. Aumenta: histriónico, narcisista y compulsivo. Se observa un perfil de personalidad balanceado, como si no midiera la personalidad independiente de los síndromes clínicos.

Las diferencias con el MCMII-II: en el III hay más aumento (tras el tratamiento) de tp. compulsivo y disminuye el borderline, paranoide y agresivo. El esquizoide disminuye menos en el III que en el

II, ya que en éste está más relacionado con lo depresivo.

Respecto a las escalas de validez, tras el tratamiento en el MCMI-III: disminuye la revelación (más psicopatología, más distrés, hablan de su psicopatología más abiertamente que los menos distresados) y la desvalorización o humillación (debasement) , pero aumenta algo la escala de deseabilidad social.

Piersma (1989), en pacientes ingresados, observó como disminuían tras el tratamiento todos los tp. salvo: histriónico, antisocial, agresivo, compulsivo; y aumentaba el histriónico y narcisista.

8. Estadística:

- Comparar el grupo 1 y 2 para buscar variables que diferencien la distimia de la personalidad depresiva (casi siempre métodos no paramétricos). A la vez diferencias con el grupo 1 y 3.

- Método: a través de análisis factorial de componentes principales y rotación (varimax y a veces oblicua, cuando pensábamos que podía haber correlación entre los coeficientes). De los factores con autovalores mayor que 1 y con suficiente varianza, y que sean interpretables, se extraen predictores para la regresión logística: 1º entre el grupo 0 y 1, para predecir para el tpd; y luego entre el grupo 0 y 2, para predecir para la distimia.

Las correlaciones bivariantes fueron no paramétricas (chic cuadrado Spearman, tau's de Kendall) y paramétricas (Mann- Whitney).

Se compararon también los items de la entrevista de personalidad depresiva con el test de Wilcoxon y la kappa para la concordancia.

El programa estadístico fue el SPSS , versión 7.5 para windows.

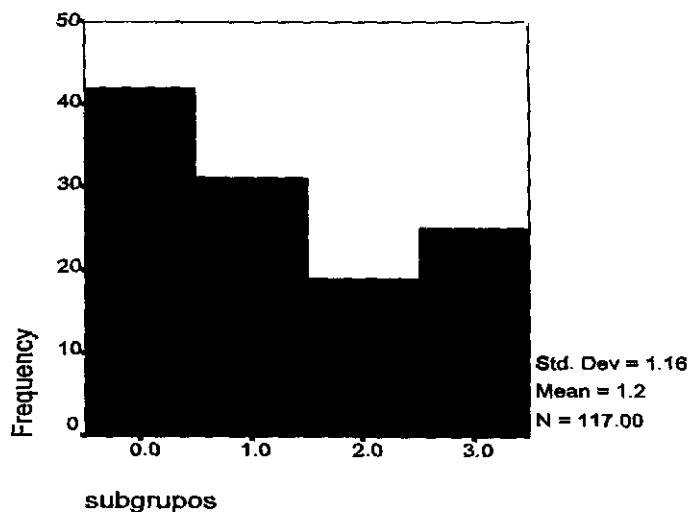
III - RESULTADOS

1. Subgrupos según diagnóstico de trastorno de personalidad depresiva

subgrupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ninguna de los dos	42	35.3	35.9	35.9
	depresiva personalidad	31	26.1	26.5	62.4
	distimica, no depresiva	19	16.0	16.2	78.6
	distimia y depresiva	25	21.0	21.4	100.0
	Total	117	98.3	100.0	
Missing	System	2	1.7		
Total		119	100.0		

subgrupos



El resultado de las submuestras quedaría distribuido de la siguiente manera en la tabla y el histograma (ver gráficos superiores):

De la tabla se deduce que :

- el 44,64% de los tpd son distímicos (25/56).
- el 56,81% de los distímicos, tienen tpd (25/44).

Las muestra global es dividida en las 4 submuestras según si son tpd + o no (ddd 1 ó ddd 0) , y si tienen distimia asociada o no (ddd 3 ó ddd 2); se representan en la siguiente tabla, añadiendo las variables sexo y edad:

	DDD 0	DDD 1	DDD 2	DDD 3
<i>Nº</i> <i>pacient</i>	41	31	19	25
<i>sexo:</i> <i>v/m, %</i>	6/35, 15/85	9/22, 29/71	3/16, 16/84	6/19, 24/76
<i>edad:</i> <i>m+desv</i>	43,2 + 15,2	37,9 + 9,97	47,4 + 14,5	42,2 + 14

1.1 Muestras distimia y tpd.

111. Variables sociodemográficas:

Comparación de variables de t. personalidad depresiva (ddd 1) vs distimia (ddd 2), según grupos de edad. (Nivel de significación 0,05, en variables tanto ordinales como nominales).

EDAD	DDD 1	DDD 2
<p>18 a 29 años.</p>	<p>a m a r g a d o , bajo control impulsos,algo: pesimista, dependiente, sacrificado, sobrecargado; no triste,ni baja autoest.</p> <p>tp.esquizotípi ca R. paranoides. i. suicidio frecuentes.</p>	<p>Algo:introver. dependiente, preocupado, reac.negativa. Dificultad de enfadarse. No s e n s i b l e rechazo.</p> <p>Tp esquizotípi y esquizoid.No obsesiva. R. borderline.</p>

EDAD	DDD 1	DDD 2
<p>30 a 44 años</p>	<p>Soltero, con familia origen. <u>AP.</u> alcohol/ sustancias. Introvertido, baja autoest. Algo triste y contradepend. Poco persever, pero tesón y escrupulos. n o r m a l . Cooperación (superior). <u>Tp</u> autodest</p>	<p><u>A P</u>: 2 o 3 episodios depresivos. Con remord, pesimismo, control emociones inferior; no introvertido, ni abnegado, ni sacrificado, ni le cuesta enfadarse. Diagn.DSM-IV:t. depres.+ tras. ansiedad. <u>T.p.</u> obsesivo y narcisista; no tp esquizot ni dependiente; R. pasivo-agresivo</p>

EDAD	DDD 1	DDD 2
45 a 64 años	<p>Casado.</p> <p>Sacrificado, sobrecargado.</p> <p>Algo triste y moralista. Le cuesta enfadarse. No: introvertido, remordimiento, ni oral.</p> <p>Cordialidad normal.</p> <p>T.p. narcisista y dependiente.</p>	<p>Sacrificado; remordimiento dinamismo inferior, no pesimista ni autocritico; estabilidad y control emociones normal.</p> <p>R. obsesivos, narcisistas y dependientes; menos esquizoides; no r..autodes.</p>

A pesar de ser pocos los pacientes de la 3ª edad, merece la pena incluirlos:



<p>Mayor de 65 años</p>	<p>F r a t r i a intermedia. No AF ni AP. A l g o pesimista, íntrovertido, dependiente y moralista. Estabilidad emocional y control de impulsos: superior. No autocrítico, ni sobrecar, ni baja autoest, ni tenso. R. evitativo y esquizoide.</p>	<p>Algo de: reactividad negativa, autocrítico, contradepend, sacrificado, abnegado. Diagnóstico DSMIV: depr. mayor. Tp comp; r. autodesval.</p>
-------------------------	---	---

CONCLUSIONES:

- No diferencias significativas entre ddd 1 y ddd 2, respecto a:
 - sexo, convivencia, estudios, ingresos psiquiátricos;
- Si diferencias significativas entre ddd 1 y ddd 2, respecto a :
 - estado civil: más viudos en ddd 2.
 - fratria: más situación intermedia entre los hermanos en ddd 2; tendencia a ser el último o penúltimo en ddd 1.
 - antecedentes personales: más episodios depresivos asociados a distimia en ddd 2. Tendencia a más depresión menor en ddd 1.
 - antecedentes familiares. No AF en ddd 2; tendencia a tener más

AF de alcohol/sustancias en ddd 1.

- intentos de suicidio: correlación negativa con ddd 2 y tendencia a asociación con ddd 1.

- edad: mayor edad media en el grupo ddd 2 respecto ddd 1, con diferencias significativas.

Sexo: 71% de mujeres en tpd.

En la **distimia**: 84,2% de mujeres.

Edad:

De 24 a 35 años: 42% en tpd. El 15,9% en la distimia (de 26 a 35 años).

De 36 a 49 años: 48% en tpd.. El 42,1% de 37 a 51 años en la distimia., y el 37% de 52 a 73 años.

Se observa una diferencia de medias con la edad de estas dos muestras: $F(4.641), sig(0.036)$, $t(-2.748), sig(0.008)$ (tabla LI).

Estado civil:

Casado: 71% en tpd. (73,7% en la distimia); soltero: 22,6% (10,5% distimia). Un 15,8% de los distímicos son separados o viudos.

Profesión:

Ama de casa: 43% en tpd. (57,9% de las distímicas).; trabajador no cualificado: 27% (no se encuentran en la distimia, pero no es muy valorable al ser muestra pequeña, aunque la asociación es significativa, en sentido negativa con el no). Trabajador cualificado: 17% en tpd..(26,3% distímicos).

Fratría:

El mayor o 2º: 51,6% en tpd (50% de distímicos); el menor o penúltimo: 32,3% (11,1% de

distímicos. En estos hay un 38,9% de posición intermedia.

Estudios:

Básicos: 22,6% en tpd (42,1% de distímicos); bachillerato: 61,3% tpd (47,4% en dist.); superiores: 16,1% tpd (10,5% en dist.).

Convivencia:

Familia propia: 74,2% tpd (89.5% de dist.); familia origen: 22,6% (10.5% en dist.).

1.1.2. Variables clínicas:

Estadística descriptiva de ddd.1 o trastorno de personalidad depresiva:

1)

Nº de ítems del DSM-IV para el diagnóstico de t. personalidad depresiva:

5 pacientes, un 16% de la muestra tienen puntuación menor que 5, que es el punto de corte. Esto significa que , este porcentaje de pacientes que sí son + para la escala de personalidad depresiva de Hirschfeld, no lo son para el DSM-IV.

Esto implica que esta escala, aunque está más desarrollada y es semiestructurada, tiene el punto de corte más bajo que el DSM-IV (hay trabajos muy recientes que sitúan en “mayor o igual a 37 como el punto de corte; otros en 30 (Lyo et al,1998); nosotros hemos utilizado 32, tal como inicialmente se aconsejaba por los autores de la escala).

El 48% del total de ddd.1, que si son + para DSM-IV están en puntuaciones 5 y/o 6 , y el 19% restante , entre 6 y 7. Con esto vemos que la muestra no incluye pacientes que abarquen el máximo de gravedad de la escala depresiva, según el DSM-IV.

Respecto al grupo de la distimia:

Faltan datos de algunas variables de un caso (nº ítems DSM-IV, puntuación did, subescalas entrevista depresiva: negativista, introvertido, pasivo, abnegado). Como fue imposible contactar con esta paciente, sus datos se sustituyen por la media del grupo. Dar el dato como perdido sería difícil, ya que la muestra de distímicos puros es reducida.

-solo el 21,1% de los distímicos tienen una puntuación igual o mayor de 5, umbral diagnóstico.

Luego, según el DSM-IV, la muestra de los que tienen t.personalidad depresiva se ampliaría con un 21% de los distímicos.

Además , un 63,2% de los distímicos tienen puntuaciones en el DSM-IV personalidad depresiva, entre 3 y 4,5. Esto nos parece indicar el grado de solapamiento entre criterios diagnósticos, al menos en la nosología, entre distimia (subumbral de tpd). y t.personalidad depresiva. (tabla XXXXIX)

2)

Subescalas de la escala de personalidad depresiva:

Negativista:

El 75% tienen una puntuación de 11 o mayor en tpd. Mientras que en el re-test, con solo 13 pacientes (de los 31), solo el 61.5% tienen una puntuación de 10 o mayor.

En la **distimia**, solo el 21,1% tienen una puntuación de 11 o mayor.

Introvertido, tenso:

El 74% tienen una puntuación de 9 o menor en tpd. Aumenta hasta el 92,3% de la muestra de retest.

En la **distimia**, el 89.5% tienen 8 o menos de puntuación, mientras que el 94,7% lo es de 9 o menor.

Pasivo, retraído:

El 74% tienen una puntuación de 9 o menor . El 100% de la muestra del retest tiene esa puntuación.

En la **distimia**, ninguno pasa de 8, y el 78,9% tienen 5 o menor de 5.

En la muestra de **personalidad depresiva** (31 pacientes), observa una correlación significativa, respecto a las subescala de la entrevista depresiva:

- **negativista – pasivo:** spearman (-0,477, sign:0.007).(gráfico I)

Sacrificado, abnegado:

El 61% tienen una puntuación de 8 o menor. Llega hasta el 92.3% los de esa puntuación en la muestra de pacientes retest en tpd.

En la **distimia**, es el 89.5% los que son menor ó igual a 8.

3)

Subclases de did (o escala personalidad depresiva de Hirschfeld):

Puntuación de **32 a 35** (inclusive):51,6%.

“ de **32 a 40** (inclusive): 80,6%.

En la distimia: 31: el 21,1%; de 25 a 30: 36,8%.

En la tabla I se observa la distribución de los diagnósticos de tpd. según la escala de tpd..

Ansiedad (mcmi-III):

El 74,2% de tpd si la tienen. En la distimia son el 84,2%.

Solo se encuentran diferencias significativas en la muestra asociada dist+ tpd.:spearman(sig:0,011).

Bipolar (mcmi-III): + para el 16,1% de tpd. y el 31,6% de la distimia.

Trastorno por estrés posttraumático (mcmi-III): + para el 16,1% de tpd y el 21,1% de la distimia. Asociación significativa con dist+ tpd.(0.048).

Intentos de suicidio: si para el 16,1% de tpd y el 0% de la distimia (correlación positiva con no i.suicidio).

Diagnóstico DSM-IV:

- 32,3% depresión mayor en tpd y 10,5% en los distimicos.
- 35,5% trastornos depresivos + trastornos de ansiedad.en tpd, 47,4% de la distimia. 42,1% de trast. distimico en esta muestra.
- 16,1% trastornos de ansiedad.

Ingresos psiquiátricos: + para el 16,1% en tpd, y para el 10,5% de los distimicos.

Enfermedad somática:

- ninguna: 45,2% en tpd, en la distimia, un 26,3% (asociación significativa con el no y negativa, o sea, positiva).

- varias: 19,4%, un 47,4% en la distimia (asociación significativa con ella).

Antecedentes familiares:

- depresivos: 41,9% en tpd (correlación negativa con no AF, o sea, si AF);42,1% en la distimia.
- Ninguno: 19,4% en tpd. 52,6% en la distimia.
- Trastorno de ansiedad: 12,9% tpd,.5,3% en la distimia.
- Alcohol y/o sustancias: 12,9% en tpd.

Antecedentes personales:

- 2 o 3 episodios depresivos: 29% en tpd, 10,5% en la distimia. Un 47,4% de más de 2 episodios depresivos más distimia, en la muestra de la distimia (correlación positiva con la distimia y negativa con tpd.).
- Más de 3 episodios depresivos: 29% (correlación significativa con tpd.). 15,8% en la distimia.
- Un episodio depresivo: 25,8% en tpd..Un 21,1% en la distimia.

1.1.3. comorbilidad de tp en la muestra de tpd+ (ddd.1):tabla LIV y tabla LVII.

<u>TP</u>	<u>SCID-</u>	<u>MCMII-</u>
<u>asociado</u>	<u>II</u>	<u>III</u>
Sí	83,87	67,74
No	16,13	32,26
1 tp.	22,58	25,81
grupo B	12,90	3,23
grupo C	9,68	22,5
Más de 1	61,29	41,94
tp		
- mismo grupo	19,35	3,23
- grupos distintos:	41,94	38,71
- B + C	32,26	16,13
- A + C	6,45	12,90
- A + B + C	3,23	9,68

Se ha excluido del MCMII-III en la tabla superior el diagnóstico de tpd. , ya que sería una redundancia dado que se supone que los tpd+ en la escala DID, ya tienen tpd. También se

incluyen como diagnósticos del tipo C del mismo cuestionario: tp autodesvalorizado, pasivo-agresivo; y el tp agresivo (o sádico) como del tipo B. Los porcentajes son globales.

Se observa una tendencia a ocultar más tp dentro del cuestionario MCMI-III (67,74 versus 83,87) respecto a la entrevista (SCID).

Los porcentajes parciales dentro de los que sí tienen comorbilidad de 1 o más tp nos hacen destacar: entre un 27(s)-38(m)% de ellos tienen un solo tp. Si tienen más de 1 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 1 o más del C y B en el scid, con un 38,5%, y solo un 24% de los mismos en el cuestionario. En este último aumentan hasta un 19% la asociación C más A.

La explicación que podemos dar a ello sería: más asociación entre grupos de 2 tipos en el scid, pero menos de 3 grupos (A+B+C) y del tipo A en este que en el cuestionario; tal vez, en el MCMI-III se confundan más el tp esquizoide con el tp evitativo. Los tp del tipo B son casi siempre tp borderline.

La comorbilidad de la muestra de distímicos puros (ddd.2) con tp (TABLA LV Y TABLA LVII) nos muestra:

<u>Tp asociados</u>	<u>SCID-II</u>	<u>MCMI-III</u>
Si	78,95	68,42
No	21,05	31,58
1 tp.:	10,53	26,32
grupo B	5,26	10,53
grupo C	5,26	15,79
Más de 1 tp:	68,42	42,11
- mismo grupo	0,0	10,53
- grupos distintos:	68,42	31,58
- B + C	47,37	5,26
- A + C	10,53	10,53
- A + B	5,26	0,0
- A + B + C	5,26	15,79

Debido al tamaño pequeño 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 2 tp de diversos grupos (del DSM-IV) y la misma asociación preferente con los del grupo B y C (más con el SCID que con el cuestionario).

La muestra comparativa de estas 2 últimas tablas juntas (tpd y distimia) se agrupan en la tabla LVII . Aquí se observan diferencias significativas (t para dos muestras independientes)en:

- asociación de 2 tp de distintos grupos (s), más en distimia (63,2% / 32,3%).
- asociación de 3 tp del mismo grupo (m), más en tpd, en especial del grupo C (25,8 /10,5). Esta diferencia solo se da en las varianzas (test F de Snedecor), pero no en las medias.
- más frecuencia de tp B en los pacientes, en distimia (solos o asociados a otros tp, tanto en cuestionarios como en el scid).Se da en diferencia de medias y de varianzas.
- más frecuencia de un solo tp, no asociado a otros, en tpd (16% /5%).Solo diferencia de varianzas.
- más frecuencia de asociación de tp A y B, en distimia (16% /3%). Solo diferencia de varianzas.

COMPARACIÓN TRASTORNOS PERSONALIDAD MCMI-III Y SCID-II:

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPRESIVA Y DISTIMIA

(las 2 primeras columnas son mcmi-III, las 2 últimas scid-II)

	<u>T.Personalidad depresiva</u>	<u>Distimia</u>	<u>T.Personalidad dep.</u>	<u>distimia</u>
<u>Esquizoide</u>	Rasgos: 12 (38,7) t.p.: 2 (6,5) no: 17 (54,8)	R: 6 (31.6) t.p.: 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)

<u>Evitador</u>	Rasgos: 13 (41,9) t.p.: 6 (19,4) no: 12 (38,7)	R: 5 (26.3). t.p.: 3 (15.8) no: 11 (57.9)	R: 7 (22.6) t.p.: 13 (41.9) no: 11 (35.5)	R:9(47. 4)** Tp:4(21 .1) No:6(31 .6)
<u>Depresivo</u>	Rasgos: 16 (51,6)* t.p.:7 (22,6) n o : 8 (25,8)*nega	R: 6 (31.6) No:13(68.4)*		
<u>Dependiente</u>	Rasgos: 11 (35,5) t.p.: 10 (32,3) no: 10 (32,3)	R: 4 (21.1) t.p.: 5 (26.3) no: 10 (52.6)	R : 1 0 (32.3) t.p.: 10 (32.3) no: 11 (35.5)	R:4(21. 1) Tp:3(15 .8) No:12(6 3.2)
<u>Histriónico</u>	R: 0 *nega No: 31 (100)*	R: 2 (10.5) t.p.: 2 (10.5) no: 15 (78.9)	R : 5 (16.1)tend. No: 26 (83.9)	Tp:1(5. 3)tend. No:18(9 4.7)
<u>Narcisista</u>	R:0 tend.nega t.p.: 1 (3,2) no: 30 (96,8)	R: 1 (5.3) t.p.: 1 (5.3) no: 17 (89.5)	R : 1 1 (35.5) No: 20 (64.5)	R:3(15. 8) Tp:3(15 .8) No:13(6 8.4)

<u>Antisocial</u>	No: 31 (100)	R : 1 (5.3) t.p.: 1 (5.3) no:17 (89.5)	R: 3 (9.7) No: 28 (90.3)	<u> Tp:1(5.3)</u> <u> No:18(94.7)</u>
<u>Agresivo</u>	R:0 *nega t.p. : 3 (9,7) no: 28 (90,3)	<u> R: 4</u> <u> (21.1)*</u> <u> t.p.: 2</u> <u> (10.5)</u> <u> no:13</u> <u> (68.4)</u>		
<u>Compulsivo</u>	Rasgos: 2 (6.5) t.p.: 2 (6.5). no:27 (87.1)	R: 4 (21.1) t.p.: 2 (10.5) no:13 (68.4)	R : 1 0 (32.3) t.p.: 15 (48.4) n o : 6 (19.4)	R : 8 (42.1) t.p:9(47.4) no:2(10.5)
<u>P a s i v o -</u> <u>agresivo</u>	Rasgos: 15 (48,4) t.p.: 5 (16,1) n o : 1 1 (35,5)*nega	R: 7 (36.8) t.p.: 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)
<u>Autodesvalorizado</u>	Rasgos: 7 (22,6) t.p.: 4 (12,9) no: 20 (64.5).	R: 4 (21.1) t.p.: 1 (5.3) no:14 (73.7)	R : 1 0 (32.3) t.p.: 9 (29) no : 12 (38.7)*nega	R:3(15.8) Tp:2(10.5) No:14(73.7)*
<u>Esquizotípico</u>	Rasgos: 2	R : 2	R: 5 (16.1)	R:3(15.8)

	(6,5) t.p.: 5 (16,1) no: 24 (77,4)	(10,5) t.p.: 4 (21,1) no: 13 (68,4)	t.p.: 1 (3,2) no: 25 (80,6)	8) Tp:1(5. 3) No:15(7 8,9)
<u>Borderline</u>	Rasgos: 10 (32,3) t.p.: 5 (16,1) no: 16 (51,6)	R: 6 (31,6) t.p.: 2 (10,5) no: 11 (57,9)	R : 1 0 (32,3) t.p.: 15 (48,4) n o : 6 (19,4)	R:2(10. 5) Tp:12(6 3,2) No:5(26 .3)
<u>Paranoide</u>	Rasgos: 2 (6,5) t.p.: 4 (12,9) no: 25 (80,6)	R: 6 (31,6) t.p.: 5 (26,3) no: 8 (42,1)	R : 1 2 (38,7) t.p.: 2 (6,5) n o : 17 (54,8)	R:7(36. 8) Tp:2(10 .5) No:10(5 2,6)

1.1.4. Conclusiones:

Resultados significativos:

- **personalidad depresiva:** scid-autodestructivo (no-negat.), mcmi-pasivo-agresivo (no-negat.) , m-agresivo (rasgos-negat.), m-narcisista (rasgos-tendencia-negat.), m-histriónico (rasgos-tendencia-negat. y no), s-histriónico (rasgos-tendencia), m-depresivo (rasgos y no-negat.). Su síntesis sería, según significación estadística: **autodestructivo, pasivo-agresivo, depresivo; y correlación inversa con agresivo, histriónico y narcisista.**

- **distimia:** scid-autodestructivo (no), m-agresivo (rasgos), s-histriónico (trast. pers-tendencia), m-depresivo (no), s-evitador (rasgos). Se podría sintetizar así: la muestra de distímicos puros se asocian significativamente con:

t.p. histriónico, rasgos evitativos y agresivos, y correlación inversa con depresivo y autodestructivo.

1.1.5. Muestras asociadas (distimia y tpd).

Tratando de buscar más correlaciones significativas en las otras 2 muestras (ddd.0 o no distimia ni tpd.; y ddd.3 asociada, o distimia más tpd.), observamos respecto a rasgos y trastornos de la personalidad (tanto con el mcmi-III, como con el scid-II):

	0	3
<u>Depend-s</u>	<u>Tp.*nega</u>	<u>Tp.*</u>
	<u>No:*</u>	<u>No:nega</u>
<u>Evitat-s</u>	<u>No**</u>	<u>No:nega</u>
<u>Pasivo-agre-s</u>		<u>R **</u>
		<u>No:nega</u>
<u>Autodest-s</u>	<u>Tp.tende.nega</u>	<u>No-tende.nega</u>
<u>Border-s</u>	<u>Tp-.*nega</u>	<u>Tp*</u>
	<u>No*</u>	<u>No*-nega</u>
<u>Esquiz-s</u>		<u>No*nega</u>
<u>Esquit-s</u>		<u>Tp.*</u>
		<u>No*nega</u>
<u>Pasiv-agr-m</u>	<u>Tp.*nega</u>	<u>Tp*</u>
	<u>No*</u>	<u>No*nega</u>
<u>Agresivo-m</u>		<u>R*</u>
<u>Narcis-m</u>	<u>r-tende</u>	
	<u>no-tende-nega</u>	
<u>Histri-m</u>	<u>R*</u>	
	<u>No*nega</u>	
<u>Depen-m</u>	<u>No-tende</u>	
<u>Depr.-m</u>	<u>R*nega</u>	<u>Tp*</u>
	<u>No*</u>	<u>No*nega</u>

<u>Evit-m</u>	<u>Tp*nega</u>	<u>Tp*</u>
	No*	No* nega
<u>Esqui-m</u>	<u>R**nega</u>	<u>Tp**</u>
	No**	No** nega

Resumen de la tabla:

- a) tendencia a evolucionar de lo ausente a rasgo o t.p:desde el grupo 0 hasta el grupo 3. Se ve claramente en los siguientes t.p.: t.p. dependiente-s, rasgos pasivo-agresivos-s, t.p. borderline-s, t.p. esquizotípico-s, t.p. pasivo-agresivo-m, rasgos agresivos-m, t.p. depresivo-m, tp. Evitativo-m y tp. Esquizoide-m. O sea, en los tres tipos de t.p. según DSM-IV, evoluciona hacia t.p. en la asociación distimia-personalidad depresiva: **A: tp. Esquizotípico (s), tp. Esquizoide (m).**
B: tp. Borderline (s), rasgos agresivos (m). C: tp. Dependiente (s), tp. Pasivo-agresivo (m, y rasgos-s), tp. Depresivo (m) y tp. Evitativo (m).
- b) Tendencia a la misma evolución que la previa, pero no tan claramente (en lugar de significación positiva, resultan dos negativas): evitativo-s, autodestructivo-s y esquizoide-s. Se confirma la tendencia del apartado anterior para tp. Evitativo (s) y esquizoide (s), pero además, aquí vemos por 1ª vez el **tp. autodestructivo (s)** (también incluido en el grupo C de nosologías previas).
- c) Se dan solo en el grupo 0, o sea, que son más específicos de “no distimia, ni t.personalidad depresiva”: **rasgos-narcisista-m (tendencia), rasgos-histriónico-m, no-dependiente-m (tendencia).** Esto se podría interpretar como que lo depresivo y/o distímico, está en correlación inversa con lo narcisista e histriónico (según mcmi-III); y que también implica (lo no tpd y/o no dist.)la no dependencia (en el sentido de t.p. dependiente mcmi-III). Se corresponde esto con el apartado a), que veíamos el continuum de tp. dependiente-s en la asociación dist-tpd..
- d) Nos parecería indicar el conjunto de lo previo, que la tendencia de 0 a 3, se correspondería con más t.p. del tipo A y C , más el borderline, y la disminución del B (histriónico y narcisista). No obstante, si observamos las asociaciones de datos anteriores, vemos que lo

histriónico sí se asocia a lo distímico puro, y tiene una correlación inversa con el tpd.. Con esto, solo deducimos que lo narcisista no comparte rasgos ni con la distimia ni con el tpd..

1.1.6. Comparación de la escala big-five, entre t. personalidad depresiva y distimia:

	Pers. depresiva	Distimia	Dist+p.d.
Energía	Normal: 9 (29) Superior: 2 (6.5) Inferior: 20 (64.5)	Normal: 6 (33,3) Superior: 2 (11,1) Inferior: 10 (55.6)	Inferior*
Dinamismo	Normal: 8 (25.8) Superior: 4 (12.9) Inferior: 19 (61.3)	Normal: 5 (27.8) Superior: 2 (11.1) Inferior: 11 (61.1)	Inferior-tenden.
Dominancia	Normal: 8 (25,8) Superior: 4 (12,9) Inferior: 19 (61,3).	Normal: 10 (55.6) Inferior: 8 (44.4)	
Afabilidad	Normal: 17 (54.8) Superior: 4 (12.9) Inferior: 10 (32.3)	Normal: 7 (38.9) Superior: 3 (16.7) Inferior: 8 (44.4)	Inferior*
Cooperación	Normal: 18 (58,1) Superior: 4 (12,9) Inferior: 9 (29)	Normal: 10 (55.6) Superior: 3 (16.7) Inferior: 5 (27.8)	
Cordialidad	Normal: 16 (51,6) Superior: 3 (9.7) Inferior: 12 (38.7)	Normal: 6 (33.3) Superior: 4 (22.2) Inferior: 8 (44.4)	
Tesón	Normal: 10 (32,3) Superior: 13 (41.9) Inferior: 8 (25.8)	Normal: 2 (11.1) Superior: 8 (44.4) Inferior: 8 (44.4)	
Escrupulosidad	Normal: 10 (32,3) Superior: 16 (51.6) Inferior: 5 (16.1)	Normal: 4 (22.2) Superior: 10 (55.6) Inferior: 4 (22.2)	

Perseverancia	Normal: 11 (35.5) Superior: 6 (19.4) Inferior: 14 (45.2)	Normal: 3 (16.7) Superior: 5 (27.8) Inferior: 10 (55.6)	
Estabilidad emocional	Normal: 12 (38.7) Superior: 1 (3.2) Inferior: 18 (58.1)	Normal: 3 (16.7) Superior: 3 (16.7) Inferior: 12 (66.7)	Inferior**
Control emociones	Normal: 8 (25.8) Superior: 1 (3.2) Inferior: 22 (71.0)	Normal: 6 (33.3) Superior: 3 (16.7) Inferior: 9 (50)	Superior**nega Inferior**
Control impulsos	Normal: 12 (38.7) Superior: 5 (16.1) Inferior: 14 (45.2)	Normal: 3 (16.7) Superior: 5 (27.8) Inferior: 10 (55.6)	Inferior**
Apertura mental	Normal: 3 (9.7) Superior: 1 (3.2) Inferior: 27 (87.1)	Normal: 4 (22.2) Inferior: 14 (77.8)	
Apertura cultura	Normal: 8 (25.8) Superior: 4 (12.9) Inferior: 19 (61.3)	Normal: 7 (38.9) Superior: 1 (5.6) Inferior: 10 (55.6)	
Apertura experiencia	Normal: 3 (9.7) Inferior: 28 (90.3)	Normal: 4 (22.2) Inferior: 14 (77.8)	
Distorsión BFQ	Normal: 12 (38.7) Superior: 18 (58.1) Inferior: 1 (3.2)	Normal: 10 (55.6) Superior: 7 (38.9) Inferior: 1 (5.6)	

Conclusiones:

- a) solo se observan diferencias significativas en la muestra asociada, distimia más t. personalidad depresiva. Estas suelen coincidir (aunque no se han incluido en la tabla por no abundar en datos), aunque en correlación negativa, con las de la muestra ddd.0, o sea, que no son ni distímicos, ni tpd..
- b) las correlaciones observadas, según estadísticos ordinales y nominales (spearman, kendall-tau-b), son:

- **inferior** energía, dinamismo (tendencia a lo significativo), afabilidad, estabilidad emocional, control emociones y control impulsos (**en muestra asociada dist+p.d.**).
- c) contrariamente a lo previsto, no se observan diferencias significativas entre el tpd y la distimia, respecto a este cuestionario big-five. Solo en la asociación de ambas, cuando hay más gravedad en el espectro, es cuando observamos la significación. Pudiera interpretarse de dos maneras: o que el cuestionario tiene un umbral diagnóstico alto; o que influye la elevada distorsión encontrada (más en tpd., 61,3%, que en la distimia, 44,4%).
- d) Cuando se comparan como dos muestras independientes, buscando diferencias entre las subescalas, resulta el Mann-Whitney: solamente significativo el **tesón**: 2 colas 0.051; z: -1.954; W Wilcoxon: 637.500; Mann Whitnet-u: 172.500. suma de rangos: p.d.(637.50) y distimia (490.50). media de rangos: p.d.(21.25) y distimia (28.85). Con lo cual podemos deducir la relación entre **distimia y tesón** (inferior).

1.1.7. Comparación: Items de personalidad depresiva (escala Hirschfeld):

Solo se incluyen los de la 1ª entrevista, dado el escaso nº de retest (13 de 31), que creemos que es poco significativo para sacar conclusiones.

Triste: 71% en tpd (solo se incluyen los afirmativos totales, no los “algo”, ni por supuesto los “no”).
Distimia: 38.9%. Spearman:0,462** (para ddd1 y 3, y 0 negativa). (siempre que se hace referencia a 1 es tpd.; 2 es distimia; 3 es distimia + p.d.; 0 es ni p.d., ni distimia). * es sig.<0,05; ** es sig<0,01; tendencia a sig: es < 0,10.

Pesimista: 74,2% tpd. Distimia:38.9%.spearman:0,371** (en ddd1 y 3, y 0 negativa).

Reactividad negativa: 67,7% tpd. Distimia: 55.6%. spearman: 0,29** (en 1, y en 0 negativa).

Amargado: 25,8% tpd. Distimia: 33.3%. Solo diferencias en ddd.0 (negativa) (0,306**). En la muestra global, este item tiene correlación significativa en el test-retest (wilcoxon 0.073 y z: -1.793)

Remordimientos: 54,8% tpd. Distimia: 16.7%. Spearman:0,245** (para 1 y 3; en 0 y 2 correlación negativa significativa).

Baja autoestima: 54,8% tpd. Distimia: 16.7%.Spearman:0,328** (para 1 y 3; con 0 negativa).

Preocupación: 100% tpd. Distimia: 77.8%. Sp: 0,274** (para 1 y 3, y 0 negativo).

Sobrecargado: 38,7% tpd. Distimia: 22.2%. Sp: 0,261** (para 3 y negativa para 2).

Crítico de otros: 51,6% tpd. Distimia: 16.7%.

Introvertido: 51,6% tpd. Distimia: 27.8%. Sp: 0,252** (para 3).

Tranquilo: 58,1% tpd. Distimia: 38.9%.

Serio: 64,5% tpd. Distimia: 55.6%. Sp: 0,24* (para 0 negativo).

Constreñido: 51,6% tpd. Distimia: 27.8%. Sp: 0,269** (para 3, y 0 negativa). Este ítem se correlaciona significativamente test-retest en la muestra global: sig: 0.018; z: -2.368. test de signos: sign: 0.027.

Tenso: 29% tpd. Distimia: 38.9%. Sp: 0,237* (para 3).

Dificultad para la diversión: 48,4% tpd. Distimia: 16.7%. Sp: 0,382** (para 1 y 3, y 0 negativa).

Retraído: 29% tpd. Distimia: 16.7%. Sp: 0,252** (solo para 3).

Pasivo: 54,8% tpd. Distimia: 5.6%. Sp: 0,161 (tendencia a ser significativo, para 1; y 0 y 2 negativos).

Dependiente: 74,2% tpd. Distimia: 22.2%. Sp: 0,226* (para 1; y 0 negativo).

Enfado: 35,5% tpd. Distimia: 16.7%. Sp: -0.304** (para 0, y 2 negativa).

Hipersensible al rechazo: 93,5% tpd. Distimia: 72.2%. Sp: 0,187* (para 0 negativa).

Oral: 54,8% tpd. Distimia: 11.1%. Sp: 0,162 (tendencia: para 3, y 2 negativa).

Contradependiente: 54,8% tpd. Distimia: 55.6%.

Moralista: 71% tpd. Distimia: 61.1%. Sp: 0,247** (para 0, negativa).

Autocrítico: 74,2% tpd. Distimia: 66.7%.

Abnegado: 64,5% tpd. Distimia: 55.6%.

Poco ambicioso: 67,7% tpd. Distimia: 38.9%. Sp: 0,272** (para 1 y 3, y para 0 negativa).

Agrupados los ítems por orden de frecuencia, dentro de los pacientes con t. personalidad depresiva positiva, se encuentran:

Preocupación, hipersensible al rechazo (en más del 90% de los casos).

Pesimista, dependiente, autocrítico, triste, moralista (en más del 70% de los casos).

Poco ambicioso, reactividad negativa, serio, abnegado (en más del 60% de los casos).

Tranquilo, baja autoestima, remordimientos, pasivo, oral, contradependiente, constreñido, introvertido, crítico de otros (en más del 50% de los casos).

Diversión (en más del 40% de los casos).

Agrupados los ítems por orden de frecuencia, dentro de los pacientes con distimia positiva, se encuentran:

Preocupado, hipersensible al rechazo, en más del 70% de los distímicos.

Autocrítico, moralista, en más del 60% de los casos.

Reactividad negativa, serio, contradependiente, abnegado, en más del 50% de los distímicos.

Triste, pesimista, tranquilo, tenso, poco ambicioso, en más del 35% de los casos.

Introverso, constreñido, en más del 25% de los distímicos.

Sobrecargado, dependiente, en más del 20% de los casos.

Remordimientos, dificultad divertirse, retraído, baja autoestima, dificultad de enfado, crítico de los demás, en más del 15% de los distímicos.

Pasivo, oral, ya alrededor del 10% o menor.

Conclusiones respecto a ítems de la escala de t. personalidad depresiva:

a) Diferencia predominante en t.personalidad depresiva, y asociado, en tpd. más distimia (ddd.3), a la vez que tienen correlación negativa con ddd.0 (ni distimia, ni tpd.):

- triste.
- Pesimista.
- Baja autoestima.
- Poco ambicioso, preocupado, dificultad para divertirse.
- Remordimientos (además de lo previo, tiene correlación negativa con distimia).

b) predominio en t.personalidad depresiva, y correlación negativa con ddd.0 (ni distimia, ni tpd.):

- reactividad negativa.
- Dependiente.

c) correlación negativa con el grupo negativo (ddd.0, ni distimia, ni tpd.):

- hipersensible al rechazo, moralista, serio, amargado.

d) correlación con la asociación + (ddd.3:distimia + tpd.) y negativa con distimia:

- sobrecargado.
- Tendencia a signif. en: oral.

Correlación con la asociación ddd.3:

- retraído, tenso, introvertido.
- Constreñido (además correlación negativa con ddd.0).

e) tendencia a significativo:

- pasivo: correlación + con tpd., y negativa con distimia y ddd.0.
- dificultad enfado: correlación + con ddd.0 y negativa con distimia.

Agrupando todos los ítems de t.personalidad depresiva en una **tabla**, en relación con las **4 muestras**:

	0	Per.dep.	Distim	Asociad
<i>Triste</i>	Negat.	**		**
<i>Pesimista</i>	Negat.	**		**
<i>Baja autoes</i>	Negat.	**		**
<i>Preocupado</i>	Negat.	**		**
<i>Diversión</i>	Negat.	**		**
<i>Poco ambic</i>	Negat.	**		**
<i>React. Nega</i>	Negat.	**		
<i>Dependiente</i>	Negat.	*		
<i>Serio</i>	Negat.*			
<i>Amargado</i>	Negat.			
	**			
<i>Moralista</i>	Negat.			
	**			
<i>Hipersen.rechazo</i>	Negat.*			
<i>Remordimient</i>	Negat.	**	Negat.	**
<i>Sobrecargado</i>			Negat.	**
<i>Oral</i>			Negat.	Tenden
<i>Retraido</i>				**
<i>Tenso</i>				*
<i>Introvertido</i>				**
<i>Constreñido</i>	Negat.			**
<i>Pasivo</i>	Negat.	Tenden	Negat	
<i>Enfado</i>	(-)**		Negat	

No se han incluido en la tabla los items que no son significativos.

2° did (escala de t.personalidad depresiva): 61,5% siguen siendo positivos (8 pacientes) y 5 negativas (38,5%). No obstante, solo se hace un retest con el 41,9% de la muestra inicial de 31 pacientes did +.

En la **distimia:** se hace un retest con el 36.8% de los iniciales; 42.9% siguen siendo + (3 pacientes), y el 57.1% negativos (4 pacientes).

1.2. CORRELACIONES ESPECÍFICAS DENTRO DE LA MUESTRA DE TPD (ddd.1):

Rasgos **obsesivo(s)-no pasivo-agresivo(m):**spearman(0.036).

Rasgos **obsesivos(s)-energía inferior;**no obsesi-energía normal:chi(0.011)spearman(0.003).

No obsesivo(s)-teson superior(negativo) y **tesón normal;**tp **obses(s)-tesón normal(negat):** chi(0.035)

Tp. **Dependiente(s)-tp. Evitador(m):**chi(0.031)

Tp.**dependiente(s)-tp.pasivo-agresivo(m):**chi(0.036)

Rasgos dependiente(s)-energía superior;Tp-**dependiente(s)-energía inferior.:chi(0.043)**

Tp-**evitativo(s)-energía(inferior);**no evit(s)-energía normal:spearman(0.046)..

Rasgos **evitat(s)-afabilidad normal e inferior(negat):**spearman(0.081)-tendencia:

Rasgos **pasivo-agresi(s)-mas de 3 i.s.:chi(0.050)**

Tp.**autodestructivo (s)-dependiente(m-no):** tendencia (Kendall's tau B:0.084)

tp. **Autodestructivo(s)-tp.agresivo(m):**pearson(0.017 dos colas).

Autodes(s)tp-borderline(m)rasgos y.auto(s-no)-borderline(m-no).(Kendall's tau b:0.037.

Autod-tp(s)-afabilidad sup; normal(negat), rasgos autod(s)-afabilidad normal, inf(negativa)(kendall's tau b:0.002).

Rasgos **borderline(s)**-rasgos **paranoide(m)**;tp **border.-tp.paranoide**:chi-pearson y coefic.contingencia(0.065-tendencia).

Rasgos **border.(s)**-**bipolar no**; tp.**borderline-bipolar si**:pearson y coef.contingencia(0.035).

Rasgos **antis(s)-soltero**;casado(negativo); separado.No **antis(s)-casado**:chi-pearson y coef.conting.(0.011)

Rasgos **antis(s)**-rasgos **esquizotípico(m)**;no **antis-no esquizot**:pearson y coef. Contingencia:0.076(tendencia).

Rasgos **antis(s)-intentos suicidio(1 a 3)**;no **antis(s)-no i.s.**: chi-pearson y coef. contingencia(0.014),spearman(0.016).

Rasgos **antiso(s)-ingresos (1 a 3)**;no **antisocial-ningún ingreso**: chi-pearson y coef.contingencia(0.012).spearman(0.011).

Rasgos **antis(s)-afabilidad normal(negat)**;no **antis(s)-afabilidad normal**:spearman(0.066-tendencia).

Rasgos **antis(s)apertura mental-superior**:pearson-chi y coef. contingencia(0.007)

No **histri(s)-no pasivo-agresivo(m)**:kendall's tau-b(0.032)spearman(0.078).

Rasgos **hist(s)**-tp. **autodesvalor(m)**;no **his(s)-no autods(m)**:chi-pearson y coef. contingencia(0.002)

Rasgos **hist(s)-borderline(m-no-negativ)**;no **hist(s)-no border(m)**.pears-chi(0.037)spearman(0.024).

Rasgos **hist(s)-más de 3 i.s.**:pearson y coef. Contingenci(0.050).

Rasgos **hist(s)-energía normal;inferior(negativa)**no **hist-energía inferior**:pearson(0.023)spearman(0.011).

Rasgos **narcisista(s)-soltero-casado(negat.)**; no **narcisista-casado**:pearson (0.058)spearman(0.086-tendencia).

Rasgos **narci(s)-convivencia famil.origen, famil. Propia(negat.)**no **nar-famil propia**:chi(0.068)spearman(0.093-tendencia).

Rasgos **narc(s)-compulsivo-tp(m)**chi(0.091)tendencia.

Rasgos **narc(s)-tp pasivo-agresivo(m)**chi y coef. contingencia(0.055), tendencia.

Rasgos **narci(s)**-rasgos y tp. **Esquizotip(m)**;no nar(s), no esquizo(m):chi(0.006)spearman(0.001).

No **narc(s)**-no **border(m)**:rasgos nar(s)-no border(negat):spearman(0.076)-tendencia.

Rasgos **narc(s)**-tp. **paranoide(m)**;no nar(s)-no par(m): chi(0.012)spearman(0.008).

Rasgos **narc(s)**-tpept si:no nar(s)-no tpept:chi y spearman(0.023)

Rasgos **Esquizoide(s)**-varón;no **esqu(s)**-mujer: chi:0.006.spearman(0.005).

Esquiz(s)-esqui(m)rasgos-rasgos:spearman(0.058)-tendencia.

Rasgos **esquizoide(s)**-tp. **depresivo(m)**chi(0.068)

Rasgos **esquiz(s)**-estabilidad emocional superior: chi(0.063)

Rasgos **esquizot(s)**-soltero;spearman (0.059)tendencia.

Rasgos **esquizot(s)**-tp. **depresivo(m)**; tp. Esquitz-tp. Depr: chi(0.047)

Tp. **Esquizot(s)**-tp. **pasivo-agresivo(m)**; no esquit-no pasivo-agresivo.chi(0.034)

Tp. **Esquizot(s)**-tp. **autodesva**: chi(0.060)

Tp esquitz(s)-tp. Esquizot(m): spearman(0.092)-tendencia.

Tp-esquitz(s)-tp borderline(m);no esquzt(s)-no border(m):chi (0.086)spearman(0.096)- tendencia.

Rasgos esquitz(s)-tp paranoide(m); tp. Esquitz-rasgos paranoides.no esquit-no paranoide:chi(0.001),spearman(0.052)-tendencia.

Rasgos **esquit(s)**-tpept si;tp esquit(s)-tpet-si; no esquit-no tpept:chi(0.001)spearman(0.000).

Tp. **Esquizot(s)**- ingresos (1 a 3):chi(0.046)

Rasgos esquitz(s)- apertura mental-normal,inferior (negativa);no esquit(s)-normal(negativa):spearman(0.071)-tendencia.

Rasgos paranoide(s)-tp. **esquitz(m)**;tp paranoide(s)-rasgos esquitz.no paran-no esquizot:chi(0.017)spearman(0.020).

Rasgos paran(s)-rasg-border-tendencia(spearman:0.062).

No paran(s)-no paran(m):spearman(0.072)-tendencia.

Rasgos para(s)-tpept-si:spearman(0.058)-tendencia.

Rasgos paranoide(s)-afabilidad normal (negat); no para(s)-afabilidad normal:

spearman(0.040).

Rasgos paranoides(s)-tesón inferior.tp para(s)-tesón normal;no para(s)-tesón superior: chi(0.034),

RESUMEN CORRELACIONES BIVARIANTES EN MUESTRA PERSONALIDAD DEPRESIVA:

	pas-ag-m	ene	Tes	Afa -	evit-m	is	depm-m	agm-	bor-m	m-par	Bip	e.c.
s-obs	R/no	R/inf	No/n Tp/n-ne									
s-dep	tp/tp	R/sup Tp/inf			tp/tp							
s-emit		tp/inf	Rn									
s-pas-ag						R/>3						
s-aut			r/n	tp/sup			tp/no	tp/tp	tp/r No/no			
s-bor									r/n		R/no	
s-ant				R/n-ne No/n		R/1.3 No/no				tp/tp	tp/si	R/so,sep No/cas
s-his	No/no	r/n, inf- ne;no/inf				R/>3			R / n o - ne;no/no- ne			
s-nar	R/tp								No/no R/no-ne	R/tp No/no		R/so,cas- ne;no/cas

s-est	Tp/tp No/no								Tp/tp No/no	R/tp Tp/r No/no		R/sol
s- par			R/inf Tp/n No/sup	R/n-ne No/n					R/n			

	Ing	Am	Ee	aut- m	est	Con	oc- m	Tpe	Sex	esq- m	dep- m	est- m	par- m
s- ant	R/1.3 No/no	R/sup		Rr	No/no								
s- his				R/tp No/no									
s- nar					R/r,tp No/no	r-or, pro-ne no/pro	R/tp- ne	R/si No/no					
s- esq			R/sup						R/h R/r No/mu		R/tp		
s- est	Tp/1.3	R/n,inf- ne No/n-ne		Tp/tp				Tp/si R/si No/no R/si			R/tp Tp/tp	Tp/tp	
s- par												R/tp Tp/r No/no	No/no

Abreviaturas:

Tp:trastorno de personalidad; **r:**rasgos de personalidad; **s:** según el SCID-II; **m:** según el MCMI-III;
N:normal; **ne:**negativa; **sup:**superior; **inf:**inferior; **h:**hombre; **mu:**mujer; **oc:**obsesivo-compulsivo;
depe: dependiente; **dep:** depresivo; **ag:** agresivo; **pas-ag:** pasivo-agresivo; **evit:** evitativo; **aut:**
autodestructivo; **bor:** borderline; **nar:** narcisista; **his:** histriónico; **ant:** antisocial; **par:**

paranoide; **esq**: esquizoide; **est**: esquizotípico; **ene**: energía; **afa**: afabilidad; **ee**: estado emocional; **am**: apertura mental; **tes**: tesón; **tp**: trastorno por estrés posttraumático; **bip**: bipolar; **is**: intentos de suicidio; **ing**: ingresos psiquiátricos; **1.3**: 1 a 3; **ec**: estado civil; **sol**: soltero; **cas**: casado; **sep**: separado; **con**: convivencia; **or**: familia origen; **pro**: familia propia; **sex**: sexo:

Conclusiones de las correlaciones en la muestra de personalidad depresiva:

- 1) obs(s) negativa correlación con pas-ag (m), y obs(m) negativa con nar(s). R:ene inf, tes no normal con tp: **obsesivo se correlaciona negativamente con pasivo-agresivo y narcisista** (este con el compulsivo-mcmi, que es el inverso, esto es, lo patológico en la escala es la normalidad obsesiva); **positiva con energía inferior y tesón anormal.**
- 2) Depe(s): su tp se correlaciona con tp: pas-ag(m), evit(m); depe(m): correlación negativa con aut(s). Ene: r.sup; tp:inf. **dependiente se correlaciona con pasivo-agresivo, evitativo, energía inferior, y negativamente, con autodestructivo.**
- 3) Evit(s): tp-energía inferior, r-afabilidad normal.
- 4) Pas-ag(s): r-> 3 i.suicidio.: **pasivo-agresivo e intentos de suicidio.**
- 5) Aut (s):negat. con depe (m), tp-tp ag., tp-r bor (m); tp:afa sup; r:afa normal; aut.(m): tp-r(s)-his; tp-tp(s)-est.: **autodestructivo o autodesvalorizado se correlaciona con lo histriónico, borderline, esquizotípico, agresivo, afabilidad superior, y negativamente, con lo dependiente.**
- 6) bor (s): tanto rasgos como t.p. correlaciones con paranoide (m); tp con bipolar; bor (m): r con tp. Autod.(s), con r(s)-nar, tp est, r-r(s)par y una correlación no muy clara con r(s)-hist.: **borderline se correlaciona con paranoide, esquizotípico, narcisista, autodestructivo y algo con histriónico; además, los tp. borderline con bipolar, y los rasgos no con bipolar.**
- 7) Dep (m): tp-r(s)esq, tp con r y tp-est(s), tp con r(s)nar.: **depresivo se correlaciona con lo narcisista, esquizotípico y esquizoide.**
- 8) Ant (s): r-i.suicidio (1 a 3), ing(1.3), r-r(m)esquizoti., apertura mental superior, afabilidad anormal, solteros y separados: **antisocial con esquizotípico, ingresos**

psíquicos, intentos de suicidio, no casados, afabilidad patológica y apertura mental superior.

- 9) Hist (s): pas-ag(m), r-tp-(m)aut, más de 3 is., m-bor (algo): **histriónico con pasivo-agresivo, borderline, autoderrotista y con varios intentos de suicidio.**
- 10) Nar (s): r-tp(m)pasi-ag, m-bor, r-tp(m)par, r-r y tp(m)est, r-correlación negativa con oc-tp(m), r-tpe, soltero., familia origen, :**narcisista con pasivo-agresivo, no compulsivo, borderline, paranoide, esquizotípico, trastorno por estrés postraumático; suelen ser solteros y conviven con la familia de origen.**
- 11) Est (s): tp-tp(m)pas-ag, tp-tp(m)bor, r-tp o tp-r(m)par, tp-ing, tp-tp(m)aut, r y tp- si tpe, r y tp-(m)dep, tp-tp(m)est, r-n-am, r-solteros,: **esquizotípico se correlaciona con pasivo-agresivo, borderline, paranoide, depresivo, autoderrotista, ingresos psíquicos, trastorno por estrés postraumático (tanto los rasgos como el t.p.), con apertura mental normal, y sobre todo son solteros.**
- 12) Esq (s): r-sup-ee., r-hombre, r-r(m)esq, r-tp(m)dep: **esquizoide con depresivo, varón, estabilidad emocional superior.**
- 13) Par (s):r-si tpe, r y tp-(m)est, (m)par,; (m)par: r y tp-(m)bor, tp-r(s)nar, r-tp(s)est, : **paranoide con esquizotípico, narcisista, borderline, y con trastorno por estrés postraumático (rasgos).**

Cuando separamos en 3 grupos equidistantes (33%) cada uno de los subgrupos de la escala de t.personalida depresiva, resultan las siguientes correlaciones significativas (denominamos 1 a la de menor porcentaje y 3 al de mayor):

DDD1 o tpd:

abnegado: 1: con tp agresivo (m).

2: con rasgos evitativos (s).

Introvertido: 3: con tp esquizoide (m).

Con tp dependiente (s).

Negativista: 1: con varón.

3: con mujer, rasgos histriónicos (s)(tendencia) y rasgos borderline (m).

Pasivo: 1: mujer (tendencia).

2: tp autodesvalorizado, tp depresivo (m-tendencia), tp pasivo-agresivo (m-tendencia).

3: rasgos esquizoides (s-tendencia).

En relación con las subescalas de la escala depresiva, y según la misma subdivisión citada previamente (1: 0-33%; 2: 33- 66%; 3: del 66 al 100% del valor relativo.), respecto a la **distimia**:

Abnegado: 1: tp esquizotípico (m).

3: tp borderline (s) y tpept.

Introvertido: 2: rasgos depresivos (m).

3: rasgos paranoides (m-tendencia).

Pasivo: 3: rasgos esquizoides (m-tendencia), rasgos obsesivo-compulsivos (s).

Negativista: 3: rasgos esquizotípicos (s).

1.3. CORRELACIONES BIVARIANTES DENTRO DE LA MUESTRA DE DISTIMIA:

Ver **tabla LVI**: correlaciones de distintas variables.

- **Paranoide(s)tp.** con **nar(m)r**, chi-cuad. Pearson y coef. conting. 0.03; tp.par(s) con **r-ag(m)**:chi(0.044), spearman(0.059); r-par(s) con **no-bor(m)**:spear.(0.024) y kendall's tau b (0.007); r-par(s) con **bip-si**: chi(0.02), spe (0.06); r-par(s) con **ing (1.3)**:spe (0.074); r-par(s) con **DCO.DSM-IV trastornos depresivos más ansiosos**: chi (0.008), spe (0.001).

- **Tp.-esquizotípico (s)** con e.c.(sep): chi (0.002); tp-est(s) con r-his (m): chi y coef. conting (0.047); tp-est(s) con r-ant (m): chi (0.001); r y tp-est(s) con tp y r-est(m): chi (0.01), spe(0.056); tp-est(s) con en-sup: chi (0.015); tp-est(s) con tes-n: chi (0.06); tp-est(s) con distorsión-inf: chi (0.001); tp-est(s) con fratria-men: chi (0.05);
- **Esquizoide (s)**no con r-dep(m): spe (0.087); r-esq(s) con no-depe(m): spe(0.095); tp-esq(s) con tp-his(m): chi (0.042); r-esq(s) con r-nar(m) y con tp-nar(m): chi (0.079), spe (0.006); tp-esq(s) con afa-sup: chi (0.06), tau-b (0.056).
- **Narcisista (s)**tp con estudios-bachillerato: spe (0.09); nar(s)no con o-c(m)no-ne: spe(0.056), tau-b (0.004); nar(s)tp con ene-sup: chi (0.017); r-nar(s) con e.e.- n: chi (0.092); r-nar(s) con am-n: chi (0.083), sp (0.031).
- **Histriónico (s)**tp con nar(m)tp: chi:0.00; spe:0.003; tp-his(s) con tep-si: chi(0.047), sp (0.049); tp-his(s) con ing(1.3): chi (0.003), spe(0.001); tp-his(s) con ene-sup: chi (0.014).
- **Antisocial (s)**no con ant(m)-no:chi (0.00), spe(0.003); ant(s)tp con tpe-si: chi(0.047), spe (0.049).
- **Borderline (s)**r con r-nar(m):chi (0.050); tp-bor(s) con o-c(m) tp-ne o tp-no: chi (0.052), spe(0.014); tp-bor(s) con pas-ag (m)tp-ne:spe (0.064), tau-b Kendall's (0.023); tp-bor(s) con afa (inf): tau-b(0.009), spe(0.061).
- **Autodestructivo (s)**tp con tp-nar(m): chi(0.058); tp-aut(s) con tp- aut(m): chi (0.053); aut(s)no con r-bor(m): kendall's tau-b (0.092);aut(s)-no con r-par(m): tau-b(0.073).
- **Pasivo-agresivo (s)**tp con r-depe(m): chi(0.04); pas-ag-(s)r con tp-nar(m): chi (0.057); pas-ag(s)r con tp-ant(m): chi (0.057) y con tp-pas-ag(s) y tp-ant(m): chi (0.022); r-pas-ag(s) con r-pas-ag(m): tau-b (0.097); r-pas-ag(s) con par(m)-no: spe (0.086), tau-b (0.04); r-pas-ag(s) con si-bip: spe(0.031), tau-b (0.047); r-pas-ag(s) con si-tep: chi (0.014); pas-ag(s)no con diagnóstico-DSM-IV- trast. Dep+trast. Ansiedad-ne : tau-b (0.007), spe(0.023); r-pas-ag(s) con en-sup y tp-pas-ag(s) con en-n: chi (0.096); pas-ag(s)-no con afa-no: spe(0.017), tau-b (0.005).

- **Evitativo (s)-r con fra-mayor:** spe (0.094), tau-b (0.048); evit(s)r con his(m)-no, o evit(s)no con r o tp(his)m: chi (0.027), spe (0.002), tau-b (0.003); evit(s)-no con afa-n: spe (0.049), tau-b (0.014); evit(s)r con e.e. sup: spe (0.091), tau-b (0.07).
- **Dependiente (s)r con estudios-básicos, o no-bachillerato:** chi (0.048), spe (0.003).
- **Obsesivo-compulsivo (s)-r con ec-viu, o tp con ec-cas, o no con sol:** chi (0.001), spe (0.001), tau-b (0.002); o-c(s)-no con con-pro: chi (0.00), spe (0.008); o-c(s)-no con esq(m)tp: chi (0.054); oc(s)-tp con est(m)-tp(ne) o tp-no: chi (0.039); r-oc(s) con r-par(m) o tp con no-par(m): chi (0.053); o-c(s)-no con AF-ansiedad: chi (0.027).

DISTIMIA Y CORRELACIONES BIVARIANTES

	m-nar	m-ag	m-bor	Bip	Ing	Dco.dsm	e.c.	m-his	m-ant
s-par	Tp-r	Tp-r	r-no	r-si	r-1.3	r dep+ans			
s-est							Tp-sep	Tp-r	Tp-r
s-esq	r-r,tp							Tp-tp	
s-nar	r-r,tp-tp								
s-his	Tp-tp				Tp-1.3				
s-ant									No-no
s-bor	r-r								
s-aut	Tp-tp		No-r						
s-pas-ag				r-si		No dep+ans- ne			r-tp, tp- tp
s-evit								r no;no- tp	
s-depe				r-si					
s-oc							Tp cas;no- sol		

	m-est	En	Tes	Distor	Fra	m-dep	m-depe	m-nar	Afa
s-est	r-tp,tp-r	Tp-sup	Tp-n	Tp-inf	Tp-me	No-r	r-no		
s-esq									Tp-sup
s-nar		Tp-sup							
s-his		Tp-sup							
s-bor									Tp-inf
s-pas-ag		r sup;tp-n					Tp-r	r-tp	No-n
s-emit									No-n
s-depe			No-inf- ne						
s-oc	Tp-no								

	Estud	m-o-c	e.e.	a.m.	Tpe	m-pas-ag	m-aut	m-par	m-pas-ag	m-esq
s-nar	bachi	No-no- ne	Tp-sup	r-n					ag	
s-his					Tp-si					
s-ant					Tp-si					
s-bor		Tp-no				Tp-no- ne				
s-aut							Tp-tp	No-r		
s-pas-ag					r-si			r-no	r-r	
s-emit			r-sup							
s-depe	r-básic.									
s-oc								r-r;tp- no		No-tp

Conclusiones para la distimia:

- **PARANOIDE** (scid-II): con rasgos **narcisistas** y **agresivos** (ambos m); negativa con **borderline** (m), **pasivo-agresivo** (s), **autodestructivo** (s) y **obsesivo-compulsivo** (s). Este si se correlaciona con rasgos, pero negativa con t.p

obsesiva...; positiva con trast. **Bipolar, ingresos** y diagnostico mixto de trast. **Depresivos más ansiosos.**

- **ESQUIZOTÍPICO** (scid): con **histriónico, antisocial** (ambos r, m), **separados, esquizotípico** (m), **depresivo** (negativa, m), **dependiente** (negativa, m), **obsesivo-compulsiva** (negativa con est-m), **energía** (superior), **tesón** (normal), **distorsión** (BFQ normal), **fratría** (menor).
- **ESQUIZOIDE** (scid): **narcisista** (m), **histriónico** (m), **obsesivo-compulsivo** (negativa, esq-m), **afabilidad** (superior).
- **NARCISISTA** (scid): **paranoide, esquizoide, narcisista, histriónico, borderline** (rasgos), **autoderrotista, pasivo-agresivo, obsesivo-compulsiva** (negativa), **energía** (superior), **estabilidad emocional** (superior), **apertura mental** (normal), **estudios** (bachillerato).
- **HISTRIÓNICO** (scid): **narcisista, ingresos, esquizotípico** (con m-his), **esquizoide** (con m-his), **evitativo** (negativa), **trastorno por estrés postraumático** (sí), **energía** (superior).
- **ANTISOCIAL** (scid): **antisocial** (m), **pasivo-agresivo** (m-ant), **trastorno por estrés postraumático.**
- **BORDERLINE** (scid): **narcisista, pasivo-agresivo, paranoide** (negativa), **autoderrotista** (negativa), **obsesivo-compulsivo** (negativa), **afabilidad** (inferior).
- **DEPENDIENTE** (scid): **pasivo-agresivo, esquizotípico** (negativa), **bipolar, tesón** (inferior), **estudios** (básicos, con r).
- **AUTODESTRUCTIVO** (scid): **narcisista, borderline** (r-negativa), **autoderrotista, paranoide** (r-negativa).
- **PASIVO-AGRESIVO** (scid): **antisocial, bipolar, DCO-DSM-IV dep+ans** , **dependiente** (r), **narcisista** (con r-pas-ag), **afabilidad** (no normal), **paranoide** (negativa), **pasivo-agresivo** (m), **trastorno por estrés postraumático.**
- **EVITATIVO** (scid): **histriónico** (negativa), **afabilidad** (normal, negativa), **estabilidad emocional** (r-superior).

- **OBSESIVO-COMPULSIVO** (scid): **esquizotípico** (negativa), **esquizoide** (negativa), **paranoide** (positiva entre rasgos, negativa con tp. o-c), **narcisista** (negativa), **borderline** (negativa), **convivencia** (familia origen), **A.F.** (ansiedad, negativa), **estado civil** (casado, no soltero).
- **AGRESIVO** (mcmi): **paranoide**.
- **DEPRESIVO** (mcmi): **esquizotípico** (r-dep-negativa).

1.4. Comparación de distimia y personalidad depresiva:

	o-c	Dep	Depe	Evit	Pas-ag	Aut
Distimia	Esq,est,bor,nar(todos-),par(+,-)	Est (-)	Pas-ag Bip, Est(-) Tes inf	His(-) Ee sup	Ant,depe, Nar,bip,tpept; Par(-)	Nar, Bor(-), Par(-)
Per.Depr.	Pas-ag(-), nar (-) En inf	Nar,est, esq	Pas-ag,evit Aut(-) En inf	En inf	i.suicidio	His,bor,est,ag; Depe(-) Afa sup

	Ag	Ant	Nar	bor	His
Distimia	par	Pas-ag, tpept	Par,esq, His,bor, Aut,pas-ag; O-c(-) En y ee.sup	Nar,pas-ag. Par,aut y o- c(-). Afa inf	Nar,esq,est; Evit(-),ing Tpept En sup.
Per.depr		Est,ing, i.s., am sup	Pas-ag,bor, Par,est,tpept o-c(-)	Par,est,nar, Aut,his,bip	Pas-ag,bor, Aut. i.s.

	Par	Escq	est
Distimia	Nar,ag; Bor,pas-ag,aut, o-c(- todos);bip, ing	Nar,his; o-c(-) afa sup.	His,ant; Dep,depe y o-c (- todos). En sup.
Per. Depr.	Est,nar,bor, tpept	Dep Ee sup hombre	Pas-ag,bor,par,dep, Aut, tpept,ing

De esta comparación entre distimia y t. personalidad depresiva, según su asociación con variables clínicas, no solo con otros trastornos de la personalidad, se puede destacar:

- El tipo **depresivo**, en el **t. personalidad depresiva** se correlaciona con otros t.p. del grupo A (esquizotípico, esquizoide) y con el tipo narcisista. En la distimia hay correlación negativa con la esquizotípica.
- El tipo **dependiente** se asocia con lo pasivo-agresivo en ambas. Se distinguen en: lo bipolar, esquizotípico negativo y tesón inferior en la **distimia**. Lo evitativo, energía inferior y autoderrotista negativo, en el **t.per.dep.**
- El tipo **evitativo** tiene correlación negativa con lo histriónico en la **distimia**, y una energía inferior. Mientras que en la **per.dep.** la energía es inferior.
- El tipo **pasivo-agresivo**, se correlaciona mucho más en la **distimia** (antisocial, narcisista, dependiente, bipolar, trastorno por estrés posttraumático, y paranoide negativo), que en la **per. dep** (solo con los intentos de suicidio).
- El tipo **autoderrotista** tiene una correlación inversa que el previo: más asociación con otros t.p. en la **per.dep** (histriónico, borderline, agresivo esquizotípico, y dependiente negativo, con afabilidad superior), que en la **distimia** (narcisista, y negativo con borderline y paranoide).
- El tipo **obsesivo-compulsivo** no es narcisista, ni borderline, ni esquizoide, ni esquizotípico en la **distimia** (correlaciones negativas), y sí algo paranoide;

mientras que en la **personalidad depresiva** únicamente no es el o-c, ni narcisista ni pasivo-agresivo, y tiene una energía inferior.

- El tipo **agresivo** solo tiene relación con lo paranoide, en la **distimia**.
- El tipo **antisocial** se correlaciona con pasivo-agresivo y trastorno por estrés posttraumático en la **distimia**. Y en la **personalidad depresiva** con lo esquizotípico, ingresos, intentos de suicidio y apertura mental superior.
- El tipo **narcisista** tiene características comunes en la **distimia** y **per.dep**: su correlación negativa con lo obsesivo-compulsivo y positiva con lo paranoide, borderline y pasivo-agresivo. Pero la **distimia** se asocia también en lo narcisista con: lo esquizoide, histriónico y autoderrotista; además de con energía y estabilidad emocional superior. En la **per. dep.** se asocia lo narcisista también con: lo esquizotípico y con trastorno por estrés posttraumático.
- El tipo **borderline** comparte en la **distimia** y **per. dep.**: su asociación con lo narcisista, paranoide y autoderrotista. Además, en la **distimia**, se asocia el borderline con: pasivo-agresivo, obsesivo compulsivo (negativo), y afabilidad inferior. En la **per. dep.**, lo borderline se asocia también con: lo esquizotípico, histriónico y bipolar.
- El tipo **histriónico** posee muchas asociaciones. En la **distimia** con: esquizoide, esquizotípico, narcisista, no evitativo, ingresos, trast. por estrés posttraumático y energía superior. En la **per. dep.** con lo pasivo-agresivo, borderline, autoderrotista y con intentos de suicidio.
- El tipo **paranoide** comparte lo narcisista en la **distimia** y en la **per.dep.** Se diferencia en la **distimia** en: su asociación con lo agresivo, bipolar, ingresos y correlación negativa con: lo borderline, pasivo-agresivo, autoderrotista y obsesivo-compulsivo. Mientras que en la **pers. dep.** tiene además correlación positiva con: lo borderline, esquizotípico y trast. por estrés posttraumático.
- El tipo **esquizoide** se asocia en la **distimia** con lo narcisista, histriónico y no con lo obsesivo. Además de tener una afabilidad superior. Mientras que en la **pers. dep.** lo hace con: lo depresivo, estabilidad emocional superior y sexo masculino.

- El tipo **esquizotípico** tiene correlaciones negativas en la **distimia** y positivas en la **pers. dep.**. En la **distimia**: se asocia con lo **histriónico**, **antisocial** y **energía superior**, y negativamente con: lo **depresivo**, **dependiente** y **obsesivo-compulsivo**. En la **pers. dep.** solo se dan correlaciones positivas: con lo **pasivo-agresivo**, **borderline**, **paranoide**, **depresivo**, **autoderrotista**, **ingresos** y **trast. por estrés posttraumático**.

Tratando de sacar conclusiones o tomar inferencias de estas asociaciones, se pueden determinar algunas características específicas de **distimia** y **tpd.**, sin obviar la gran semejanza en la comorbilidad de algunos tipos:

- la **distimia** se asocia más los trastornos o rasgos de personalidad del eje II, tipo A (sea **esq.**, **est.**, o **par**), con los del tipo B, y negativa con el tipo C; mientras que en el **t.pers. dep.** la asociación es más con el tipo 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**.
- La asociación del **trast. por estrés posttraumático** es más con el **t.pers. dep.** y el tipo A (**paranoide** y **esquizotípico**).
- Asociación significativa entre lo **esquizoide**, **depresivo**, **varón** y **t.pers. dep.**.
- Lo **paranoide** y **narcisista** van juntos en **distimia** y **pers.dep**; pero aquella es más **bipolar** y esta más **borderline** y **esquizotípica**. No se asocia ninguna con el tipo C.
- El **distímico histriónico** se asocia más con tipo A e **ingresa**. El **histriónico del t.pers. dep** 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 tipo A. El **distímico** es más **pasivo-agresivo**, y el **depresivo** más **esquizotípico** y **bipolar**.
- 3 de los 4 tipos del grupo B (**antisocial**, **borderline** y **narcisista**) se correlacionan con lo **esquizotípico** en la **t. personalidad depresiva**.
- También se parecen mucho en el tipo **narcisista** lo **distímico** y lo **depresivo** (correlación negativa con lo **obsesivo-compulsivo** y positiva con lo **paranoide** ,

borderline y pasivo-agresivo), asociándose t.p. de los grupos A y B, sin correlación positiva con el C.

- Los **ingresos** se dan en: pers. dep. (esquizotípico y antisocial), distimia (paranoide e histriónico).
- El tipo **pasivo-agresivo** tiene más correlación con la distimia (incluso con tipo A, dependiente) que con la pers. dep (solo intentos de suicidio). Lo contrario el **autoderrotista**, se asocia más con la pers. dep. (no con dependiente) que con la distimia.
- El tipo **depresivo** se asocia con lo esquizotípico, esquizoide y narcisista en la pers. dep.,; no así en la distimia.
- Lo **dependiente** y pasivo-agresivo van juntos en distimia y pers. dep.. Pero el dependiente de esta es más evitativo, y el de la distimia, más bipolar y menos obsesivo.
- Los **intentos de suicidio** solo se dan con la **pers. dep.**, y dentro de esta, en: pasivo-agresivo, histriónico y antisocial. Otros autores (Spaletta et al,1996) también han encontrado una tasa menor de intentos de suicidio en distímicos, respecto a depresivos.
- Lo **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: lo dependiente, pasivo-agresivo y paranoide. En la **pers.dep.** solo se asocia lo bipolar con el tipo borderline.
- El **trastorno por estrés posttraumático** (medido por historia clínica y por MCMI-III)se asocia también con ambos constructos. Con la **distimia**, se correlaciona con lo pasivo-agresivo, histriónico y antisocial. Mientras que en la **pers. dep.** es más con lo narcisista, paranoide y esquizotípico.
- **Estabilidad emocional** (según el cuestionario big-five): en la **distimia**, la e.e. es superior en el t.p. narcisista y con rasgos evitativos; en la **pers. dep.** la e.e. es superior con rasgos esquizoides.

- **Energía:** dentro de la **distimia:** se correlaciona la energía superior con t.p. esquizotípico, narcisista e histriónico; y con rasgos pasivo-agresivos. Respecto a la **pers. dep.:** energía superior con rasgos dependientes; normal con rasgos histriónicos; e inferior, con rasgos obsesivo-compulsivos y con t.p. dependiente y evitativo.
- **Afabilidad :** con la **distimia:** superior si es esquizotípico; inferior si es borderline; y no normal, si es pasivo-agresivo o evitativo. En la **pers. dep.:** la afabilidad es superior con t.p. autoderrotista; es normal con rasgos evitativos y autoderrotistas; y no es normal con rasgos antisociales y paranoides.
- **Tesón:** dentro de la **distimia:** es normal con tp. esquizotípico e inferior con tp. dependiente. En la **pers. dep. :** es inferior el tesón con rasgos paranoides, y normal con tp. paranoide; no es normal con tp. Obsesivo-compulsivo.
- **Apertura mental:** en la **distimia:** es normal con rasgos narcisistas. Respecto a la **pers. dep.:** es superior la apertura mental con rasgos antisociales, y normal con rasgos esquizotípicos.
- **Estado civil:** con la **distimia:** los tp. Esquizotípicos se correlacionan con los separados y los obsesivo-compulsivos con los casados. En la **pers. dep.:** estar soltero se asocia con rasgos esquizotípicos, narcisistas y antisociales (en este además también con separado).
- **Fratría:** dentro de la **distimia:** tp. Esquizotípico se asocia con el menor (el último o penúltimo).
- **Convivencia:** en la **pers. dep.:** la familia de origen conviven con los que tienen rasgos narcisistas.
- **Estudios:** en la **distimia:** el tp. Narcisista se correlaciona con bachillerato, mientras que el dependiente solo con estudios básicos.
- **Sexo:** en la **pers. dep.:** los rasgos esquizoides se asocian a sexo masculino.

2. ANÁLISIS FACTORIAL Y REGRESIÓN LOGÍSTICA.

2.1. trastorno de personalidad depresiva y distimia

Denominaremos así a los pacientes pertenecientes al subgrupo ddd.1, esto es, a los que pasan el punto de corte de la entrevista de t.personalidad depresiva de Hirschfeld y Gunderson.

La metodología estadística será la misma: hacer análisis factorial de la muestra global, y de los componentes principales resultantes tras la rotación varimax de las distintas variables introducidas (con carga factorial mayor o igual de 0,35; esto es, la asociación estadística entre cada rasgo o variable, con el factor extraído), se tomarán como variables explicativas en la regresión logística. Esta, lógicamente se realizará sobre la muestra ddd.1 añadida a la ddd.0, para buscar las variables predictoras de t. personalidad depresiva. La variable dependiente siempre será la ddd, o sea, la de los subgrupos (0,1,2 y 3, o sea: ni tpd. ni distimia, tpd., distimia, distimia y tpd.).

1º) Análisis factorial que incluye las siguientes variables:t.p.(scid-II y mcmi-III), intentos de suicidio, ingresos y sexo (*tabla I*). Incluidos los componentes principales, se pasa a las subsiguientes regresiones logísticas, buscando factores predictores de t.personalidad depresiva (*tabla II a*):

- 2º factor: predicción de: tp.evitador(m), dependiente(m), sexo (hombre), esquizoide (m), depresivo(m).
- 4º factor: predicción de: tp.borderline (m), pasivo-agresivo (m), borderline(s).
- 7º factor: predicción de: histriónico(m,negat.), paranoide(s).

Se realiza otra regresión logística para reestimar solamente estos 3 factores, añadiéndose el factor 11 (que tenía tendencia a ser significativo)(*tabla IIb*):se observa, en efecto que este factor es casi significativo:

- 11º factor: predicción de t.personalidad depresiva : esquizoide(s), borderline(s), evitativo(s).

2º) Otras variables en distinto análisis factorial: t.p.(scid), bipolar, ingresos, intentos de suicidio, tpept, sexo, AP, AF, agresivo(m): resultan 8 componentes principales (*tabla III*). La regresión logística de ellos para predicción de **t.personalidad depresiva** (*tabla IV*), resulta con un factor predictor:

- **factor 3º: predicción de:** borderline(s), dependiente(s), autodestructivo(s), evitativo(s).

Ese mismo análisis factorial, que resultaba con 8 componentes principales, pero aplicado ahora a la **distimia**. Se hace regresión logística con las muestras ddd.0 y 2, aplicando como variables explicativas esos componentes (*tabla V*):

- **factor 7º: predicción negativa distimia de:** antecedentes familiares y esquizoide(s), antisocial(s-negat).

Volviendo a buscar más predictores, con este factor más otros dos (factor 2 y 8, con tendencia a ser significativos), sí resultan:

- **factor 2º: predicción** (levemente negativa, tendencia a sig:0.09) **de distimia:** esquizotípico (s), antisocial (s-n), pas-ag(s-n), narcisista(s-n).
- **Factor 8º: predicción de distimia** (tendencia a sig.:0.07): sexo (y en menor varianza, tpept y esquizoide(s)).

3º) Análisis factorial que incluya las siguientes variables: t.p.(mcmi), bipolar, ingresos, intentos de suicidio, sexo, tpept, diagnóstico-DSM-IV y DSM-IV-DIA. Resultan 8 componentes principales (*tabla VI*). La regresión logística con esos componentes para la predicción de **t.personalidad depresiva** (*tabla VII*) resulta:

- **factor 1º: predicción** (ligeramente negativa) **de:** dependiente(m), depresivo(m), DSM-IV-DIA (diagnóstico +), histriónico(m,negat.), narcisista(m-negat.), evitador(m), autodesvalorizado(m).
- **Factor 3º: predicción de:** borderline(m), pasivo-agresivo(m), compulsivo(m-negat).

- **Factor 6°: predicción de:** sexo (hombre), esquizoide (m), compulsivo(m,negat.), autodesvalorizado(m-negat).

Buscando la regresión logística para la **distimia**, es necesario ir reduciendo componentes (de los 8 iniciales), para que se ajuste la predicción. Anulando el 8°, se consigue un predictor de distimia, aunque con una significación $< 0,10$ (*tabla VIII a*):

- **factor 5°: predicción de distimia:** agresivo(m), antisocial(m), esquizoide(m), evitador(m).

Seguimos reduciendo los factores, buscando una mejor predicción de la distimia, hasta llegar a 4 (*tabla VIII b,c*):

- **factor 4°: predicción de distimia (levemente negativa):** ingresos e intentos de suicidio.

4°)Análisis factorial que incluye como variables las subescalas del cuestionario big-five (*tabla IXa*).La regresión logística de los 4 componentes que resultan, es la siguiente (*tabla X*):

- **factor 3°: predicción de t.personalidad depresiva:** dinamismo(tendencia a no normal,más hacia inferior que hacia superior), dominancia(inferior), control emociones(inferior).

Los mismos componentes principales no son efectivos para la predicción de la **distimia**, por lo que se incluyen como variables en el análisis factorial todas las variables del big-five (escalas y subescalas). Entonces sí resulta la predicción para la distimia (*tabla IXb*):

- **factor 4°: predicción para la distimia:** estabilidad emocional, control de emociones y control de impulsos (inferiores).
- **Factor 5°: predicción para la distimia:** tesón, escrupulosidad, perseverancia (inferiores).

5º) Análisis factorial con los items de la escala de t.personalidad depresiva (*tabla XII*). Posteriormente se busca la regresión logística para el **t.personalidad depresiva**; para ello es necesario anular el 9º componente (*tabla XIII*):

- **factor 1º: predicción para t.p.d.:** pesimista, enfado(negat.), triste, reactividad negativa, hipersensible al rechazo, preocupado, constreñido, moralista.
- **Factor 2º:** pasivo, introvertido, tranquilo, dependiente, oral, retraído, remordimientos, baja autoestima.
- **Factor 3º:** tenso, amargado, tranquilo (negat.), hipersensible al rechazo, moralista (negat).
- **Factor 4º:** serio, diversión, oral(negat.), retraído.
- **Factor 5º:** poco ambicioso, constreñido, sacrificado.
- **Factor 7º:** crítico de otros, remordimientos, pesimista, baja autoestima.
- Con los mismos componentes principales de la escala depresiva, se busca la predicción para la **distimia** en la regresión logística (*tabla XIV*). No cambia el número de factores predictores al reducir los componentes, solo va mejorando la significación estadística:
- **factor 1º: predicción para la distimia:** pesimista, enfado(negat.), triste, reactividad negativa, hipersensible al rechazo, preocupado, constreñido, moralista.

Más adelante, en la tabla LII se observan las diferencias en frecuencias relativas de cada item de esta escala de personalidad depresiva, respecto a la distimia y al tpd..

6º) Análisis factorial que incluye las siguientes variables: t.p.(mcmi), 4 de la escala depresiva, 4 del big-five, intentos de suicidio e ingresos psiquiátricos. Se obtienen 10 componentes principales (*tabla XV*), de los que destacan por el scree plot solo 5. La regresión logística para el

t, personalidad depresiva resulta (*tabla XVIa*); se realiza una 2ª reestimación con los factores con tendencia a la predicción significativa (*tabla XVIb*), resultando:

- **factor 1º: predicción + de t.p.d.:** depresivo(m-negat.), dependiente(m-negat.), evitador(m-negat.), negativista, narcisista(m), pasivo, histriónico(m), introvertido.
- **Factor 4º: predicción levemente negativa de t.p.d.:** esquizotípico(m), paranoide(m), autodesvalorizado(m-negat).
- **Factor 5º: predicción + de t.p.d.:** sacrificado, agresivo(m), introvertido.
- **Factor 6º:** apertura mental, afabilidad, narcisista(m).

La **regresión logística para la distimia**, tomada de los mismos componentes principales previos, resulta significativa para los siguientes factores (*tabla XVIIa*); reestimando con los predictores más significativos (*tabla XVIIb*):

- **Factor 2º: predicción (levemente negativa) para la distimia de:** ingresos e intentos de suicidio.
- **Factor 3º:** borderline(m), pasivo-agresivo(m), estabilidad emocional (negat.), autodesvalorizado(m).
- **Factor 7º:** energía, estabilidad emocional, compulsivo(m-negat).
- **Factor 8º: predicción (levemente negativa) de :** tesón(negat.), esquizoide(m).

7º) Análisis factorial que incluye tp.(scid), más big-five, más ingresos, más intentos de suicidio, más bipolar, más tpept (*Tabla XVIII*). La regresión logística para **t. personalidad depresiva**, resulta (*tabla XIX*):

- **factor 2º: energía (negat.), evitativo(s), apertura mental (negat.), dependiente (s).**
- **factor 7º: histriónico (s), obsesivo (negat.), autodestructivo (s).**

8º) Análisis factorial que incluye t.p.(scid), más big-five, más ingresos, más intentos suicidio, más escala depresiva (*tabla XX*) . Se debe excluir luego el

big-five para que resulten las rotaciones., obteniéndose 8 componentes principales (estos resultan en una 2º realización de análisis factorial, ya que la regresión para la distimia no admitía los items de personalidad depresiva). Buscando la **regresión logística** de ellos para el **t.personalidad depresiva** (*tabla XXIa*):

- **factor 1º:** negativista, depresivo (m-negat.), introvertido, bipolar, evitativo (s-negat)..
- **factor 4º: predicción(levemente negativa) para t.p.d.:** narcisista (s), antisocial (s), paranoide (s).
- **Factor 5º: predicción (levemente negativa) de t.p.d.:** borderline(s), paranoide (s-negat), pasivo-agresivo (s), autodestructivo (s), tpept..
- **Factor 7º:** sacrificado, agresivo (m).
- **Factor 9º:** dependiente (s-negat.), histriónico (s).

Estos 4 factores resultan de la reestimación de la regresión logística previa (*tabla XXIb*)

Buscando la **regresión logística** para la **distimia**, a partir del análisis factorial previo (*tabla XXII*), inicialmente resultan 4 factores predictores (*tabla XXIII*):

- **Factor 1º: predicción (levemente negativa) de distimia:** intentos de suicidio, ingresos.
- **Factor 3º:** energía (negat.), obsesivo (s), evitativo (s), histriónico (s-negat.).
- **factor 5º:** estabilidad emocional, agresivo (m-negat.), obsesivo(s)..
- **factor 10º: predicción la distimia:** tesón, dependiente (m-negat.).

Tratando de aglutinar todas las regresiones tomadas hasta ahora para personalidad depresiva y distimia, en una misma tabla, nos encontramos:

TABLA A:

Factores de regresión logística que predicen

t.personalidad depresiva y distimia:

Personalidad depresiva	Distimia
(-+) evit(m),depe(m),sexo(hombre),esqu(m),dep(m).	(-) AF(no), esqu(s),ant(s).
(-o +) bor(s),par(s-n),pas-ag(s),aut(s),tpept.; bor(m,s),pas-ag(m),o-c(m).	(-) par(s),nar(s).
(-o+) his(m,-),par(s). esq(s),bor(s),evit(s).	(-o+) agr(m),ant(m)esq(m),evit(m).
(-o+) bor(s),depe(s),aut(s),evit(s). (-)est(m),par(m),aut(m-n)	(-) ingr,i.s..
(-o+) depe(m),dep(m),DSM-DIA(+),his(m(-)),nar(m(-),evit(m),aut(m). (-o+)evi(m),depe(m),dep(m),negat(n),pas(n),aut(m).	(-) esqt(s),ant(s,n),pas-ag(s-n),narc(s-n)..
bor(m),pas-ag(m),depe(s-n),his(s). negativ,dep(m-n),introv,bipol,evit(s-n).	(-) ing,is,ant(s(-)),pas-agr(s(-).
sexo(hombre),esq(m),comp(m(-),aut(m).	Tes, depe(m-n).
Din(inf),c.e.(inf),dom(inf).	e.e.(inf),c.e.(inf),c.i.(inf).
Pocoa,cons.;pocoa,sacri, Crit,pesi.	(-o+)Tes(inf),escr(inf),pers(inf)(n),esq(m).
o-c(s-n),his(s),aut(s).	e.e.(inf),ener(inf),comp.(m(-))
Pasi,intr.,tran,depend.	Afab(inf),esq(s(-)).
Pasi.intr.,oral,retre,remor,baja. Pesi,enfa(-),tris, reac.neg.,rech,preoc,cons,mora.	Pesi,enfa(-)
En(n),evit(s),am(n),depe(s)	,tris, reac.neg.,rech,preoc,cons,mora.
Sobrec,preoc(-).	
Personalidad depresiva	Distimia
(-)nar(s),ant(s),par(s).	
Sacri,agr(m),intro,nar(m-n)..	Ee, .ag(m-n),o-c(s).
Sacr,intr.,pas-ag(m-n),nega. depe(m-n),evit(m-n),aut(m),dep(m-n),negat,narc(m),pasivo,his(m),intro.	En(n),o-c(s),evit(s),his(s-n). Depe(m),sacri,aut(m).

Intr., pas, nega, esq(m-n), sacr.	
Intr., pas, nega, his(m), nar(m).	
Tenso, amar, tran(-), rech.; mora(n).	Sexo, tpept, esq(s).
Crit, remor, autoest.	
Serio, diver, oral(-), retra.	Bor(m), pas-ag(m), ee(n), aut(m).
Am, afa, nar(m).	
Intr, negat, ener(inf), evit(s(-))) , bipo, pasi, depe(s(-)).	
Sacrif.	

Abreviaturas: m(mcmi-III), s(scid-II), (-)(predicción negativa de todos los factores siguientes), evit(evitativo), depe(dependiente), dep(depresivo), esq(esquizoide), his(histriónico), bor(borderline), ant(antisocial), agr(agresivo), pas-ag(pasivo-agresivo), nar(narcisista), par(paranoide), esqt(esquizotípico), o-c(obsesivo-compulsivo), o-c.(compulsivo), aut(autodestructivo), AF(antecedentes familiares), ingr(ingresos), is(intentos de suicidio), DSM-DIA(diagnóstico-DSM-IV de personalidad depresiva), negat(negativista), e.e.(estabilidad emocional), c.e.(control emociones), c.i.(control impulsos), ener(energía), din(dinamismo), dom(dominancia), afa(afabilidad), tes(tesón), pers(perseverancia), escr(escrupulosidad), pasi(pasivo), intr.(introvertido), depend(dependiente), tran(tranquilo), baja(baja autoestima), intro(introvertido), tris(triste), preoc((preocupado), sobre(sobrecargado), cons(constreñido), mora(moralista), rech(hipersensible al rechazo), reac(-)(reactividad negativa), poca(poco ambicioso), remo(remordimientos), retra(retraído), sacri(sacrificado), enfa(dificultad para enfadarse), amar(amargado), diver(dificultad para divertirse), crit(critico), pesi(pesimista), bipo(bipolar).

2.2. Análisis factorial y regresión logística de la muestra asociada

Pero tenemos otra manera de tratar de diferenciar la distimia de la personalidad depresiva (tpd). No sólo a través de la diferenciación de las muestras ddd.1 y ddd.2, o sea, los que sean diagnóstico positivo de tpd. y no de distimia, y los que lo sean de distimia y no de tpd., respectivamente.

También se intentan buscar diferencias por medio de la muestra conjunta de distimia y tpd.; esto es, la muestra denominada ddd.3.

Se procederá con el mismo método estadístico: análisis de componentes principales, con distintas variables, de la muestra global. De aquí se obtienen unos factores que sirven como variables explicativas de la regresión logística posterior.

Esta se hará sobre las **submuestras ddd.3** (o *distimia + tpd.*) y la *ddd.0* (ni *distimia*, ni *tpd.*). La variable dependiente de la regresión logística siempre será *ddd*, o sea, subgrupos (se incluyen el 0,1,2 y 3).

Se irán efectuando distintos análisis factoriales, buscando incluir las variables significativas, que a la vez produzcan factores predictores para la regresión logística de la **DISTIMIA+T.P.D.:**

1) t.p. (*scid-II*), intentos de suicidio, sexo, ingresos, *tpept*, bipolar, las 4 variables de la escala depresiva. Luego salen 9 **componentes principales** que se incluyen como variables explicativas para la **regresión logística de ddd.3** (*tabla XXIV*). Excluido el 9º componente, con 8, resultan 2 factores:

1º factor: negativista, introvertido, bipolar (*mcmi-III*), pasivo, evitativo(s-negat).

4º factor: predicción (levemente negativa) narcisista(s), pasivo-agresivo (s), dependiente (*scid*, negat), antisocial(s).

Reestimando solo los factores para la regresión, que puedan ser predictores, resulta significativo otros factores (*tabla XXV*):

Factor 3º: predicción levemente negativa de: esquizotípico (*scid*), *tpept*, bipolar.

2) t.p. (*scid-II* y *mcmi-III*), sexo, intentos de suicidio, ingresos, resultan 11 componentes en el análisis factorial (*tabla XXVI*): tomando esos componentes principales como factores o variables explicativas de la regresión logística, se obtienen más **predictores de la dist-p.d.** (*tabla XXVII*):

factor 2º: predicción de: evitador (*mcmi*), dependiente. (*mcmi*), sexo, esquizoide(m), depresivo(m).

Factor 6º: predicción de: autodestructivo (s), autodesvalorizado (m), sexo (negati.), evitativo (s).

Factor 11º: predicción de: esquizoide (s), borderline (s), evitativo(s).

3) Variables del cuestionario **big-five**: 4 escalas y dos subescalas cada una. Resultan 5 componentes principales en el análisis factorial (*Tabla XXVIII*), y posteriormente 2 factores en la regresión logística (*Tabla XXIX*).

Factor 3º: energía, dinamismo, dominancia (este más bajo).

Factor 4º: estabilidad emocional, control emociones, control impulsos.

4) Variables de la escala de personalidad depresiva, con todos sus ítems, pero solo incluyendo en la 1ª entrevista del mismo, no el retest: resultan 9 factores en el análisis factorial (*Tabla XXX*), pero es necesario anular el 9º para la regresión logística (*Tabla XXXI*):

factor 1º: enfado (negat), pesimista, triste, reactividad negativa, hipersensible al rechazo, preocupado, constreñido, moralista.

Factor 2º: pasivo, introvertido, tranquilo, dependiente, oral, retraído, remordimientos, baja autoestima.

Factor 3º: tenso, amargado, tranquilo (negat.), hipersensible al rechazo, moralista (negat).

Factor 4º: serio, diversión, oral (negat.), retraído.

Factor 5º: poco ambicioso, constreñido, sacrificado.

Factor 7º: crítico de otros, remordimientos, pesimista, baja autoestima.

CONCLUSIÓN:

Los pacientes que tienen distimia en asociación con personalidad depresiva, son:

- *no les cuesta enfadarse, pesimistas, tristes, reaccionan negativamente, hipersensibles al rechazo, preocupados, constreñidos, moralistas.*
- *Pasivos, introvertidos, tranquilos, dependientes, orales, retraídos, remordimientos, baja autoestima.*
- *Tensos, amargados, intranquilos, hipersensibles al rechazo y no moralistas.*
- *Serios, con dificultad para divertirse, no orales, retraídos.*
- *Poco ambiciosos, constreñidos, abnegados.*
- *Críticos de los demás, con remordimientos, pesimistas y con baja autoestima.*
- *Con baja energía: dinamismo y dominancia bajos.*
- *Con poca estabilidad emocional: bajo control de emociones y de impulsos.*
- **Predicción negativa de:**
- *Esquizotípico(s), tpept, bipolar (levemente negativa).*
- *Narcisista(s), antisocial(s), paranoide(s).*

- *Narcisista(s), pasivo-agresivo(s), dependiente(s-negat), antisocial(s).*
- **Predicción positiva de:**
- *Evitador(m), dependiente(m), sexo(hombre), esquizoide(m), depresivo(m).*
- *Autodestructivo(s), autodesvalorizado(m), sexo(mujer, negat), evitativo(s).*
- *Esquizoide(s), borderline(s), evitativo(s).*
- *Negativista, depresivo(m, negat.), introvertido, bipolar(m), evitativo(s), pasivo.*
- *Dependiente(s, negat.), histriónico(s).*

Diferencias de muestra conjunta(ddd.3), respecto a las muestras individualizadas (ddd1 y 2), en cuanto a análisis factorial:

Items de la escala depresiva:

- -practicamente son los mismos que los del t.p.d.(ddd.1).

Items de la escala big-five:

- son los mismos del tpd.(inferior dinamismo y dominancia, bajo control emocional, con alguno de la distimia (bajo control impulsos).
- Curiosamente, no incluye los items de la distimia: tesón inferior(perseverancia y escrupulosidad inferiores) y tampoco afabilidad inferior.

Items de t.p.:

- - Repite algunas asociaciones de t.p. de ddd.1 (predicción de:” *Evitador(m), dependiente(m), sexo(hombre), esquizoide(m), depresivo(m)*), y de : *Esquizoide(s), borderline(s), evitativo(s).*
- , añade otras a las de la **distimia** (predicción levemente negativa de): *Narcisista(s), antisocial(s), paranoide(s), donde la parte paranoide no se incluía; al t.p.d.:*” *Negativista, depresivo(m, negat.), introvertido, bipolar(m), evitativo(s), pasivo*”, en el que lo evitativo era negativo.
- **casi específico de esta asociación, sería:predicción de:**
- *Esquizotípico(s), tpept, bipolar (predicción algo negativa).*

2.3. ANÁLISIS FACTORIAL Y REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA ESCALA DEPRESIVA Y SUBGRUPOS DE PERSONALIDAD (A, B Y C):

1)

Los items de la escala depresiva (introvertido, negativista, pasivo, sacrificado) más los del tipo A del MCMI-III (paranoide, esquizoide y esquizotípico), se incluye en el análisis factorial. Se realiza rotación oblicua, en lugar de varimax, suponiendo que va a haber correlación entre los factores (*tabla XXXII*): se obtienen 2 componentes de la matriz modelo (pattern matriz), que al entrar en regresión logística para t.personalidad depresiva, resulta (*tabla XXXIII*):

- **Factor 1: predicción t.personalidad depresiva:** introvertido, pasivo, negativista y esquizoide(m,negat.),sacrificado.

2)

análisis factorial de los items de la escala depresiva más t.p. tipo B (mcmi) más intentos de suicidio. Realizando también rotación oblicua, resultan 4 componentes principales (*tabla XXXIV*). La regresión logística de los mismos componentes aporta 2 factores predictores de **t.personalidad depresiva** (*tabla XXXV*):

-**factor 1:** negativista, introvertido, pasivo, histriónico(m) y narcisista(m).

-**Factor 3:**predicción negativa para t.p.d.:sacrificado(negat.), agresivo(m,negat.)y narcisista(m).

3)

Análisis factorial con los items de la escala depresiva más los de t.p. tipo C(mcmi), más bipolar y trastorno por estrés postraumático (*tabla XXXVI*). Resultan 3 componentes principales tras rotación oblicua. La regresión logística de los mismos para **t.personalidad depresiva** (*tabla XXXVII*):

- **Factor 1: predicción levemente negativa para t.p.d.:**evitador (m), dependiente (m), depresivo (m),negativista (negat), pasivo(negat),autodesvalorizado(m).

- **Factor 3: predicción para t.p.d.:** sacrificado, introvertido, pasivo-agresivo(m-negat),negativista.

Conclusión:

De la regresión logística posterior a los análisis factoriales (de componentes principales) de las variables de la escala de personalidad depresiva más los t.p. por separado, resulta, en relación al **t.personalidad depresiva:**

- **negativista, introvertido, pasivo, y a veces sacrificado(más en relación con tp. y menos en relación con los demás items de la escala depresiva).** Puede ir asociado a: **no esquizoide (m) y/o: histriónico (m) y narcisista (m).**
- **Sacrificado , agresivo y narcisista (negat.).**
- **Correlación (levemente negativa) con: evitador(m), dependiente(m), depresivo, autodesvalorizado(m) y (en correlación inversa con) negativista y pasivo.**

Se corresponden bastante con los factores de los análisis factoriales previos.

Unicamente se añade, respecto al **t.personalidad depresiva:**

- posibilidad de incluirse “sacrificado” al factor triple (negativista, introvertido y pasivo). También la asociación a ellos de, no solo “depe(s(-)), que ya sabíamos, sino además de : esquizoide(m(-)) y/o histriónico(m) y narcisista(m).
- Además de “sacrificado”, se une el componente “agresivo”(m) y narcisista(m-negat)..
- Junto con “dependiente, evitador y depresivo”(todas en mcmi), se amplía con “autodesvalorizado”.(se incluye en las filas de la tabla A).

Cuando se intenta buscar la regresión logística para la distimia con los factores previos, solo es posible conseguirlo con el grupo C de los t.p..Es necesario volver a la rotación varimax, dado que la oblicua no daba factores correlacionados entre sí. Se le añade otras variables: intentos de suicidio, ingresos, bipolar y trastorno por estrés postraumático (*tabla XXXVIII*). En la regresión logística para **distimia (tabla XXXIX)**, solo se obtiene un factor predictor (después de reestimar la regresión para que fuera significativo):

- **factor 4: predicción (débilmente negativa) para distimia de:** dependiente(m), sacrificado, autodesvalorizado(m).

2.4. ANÁLISIS FACTORIAL DE LA MUESTRA GLOBAL:

Semejanzas y diferencias entre mcmi-III y scid-II:

1)

ingresos e intentos de suicidio; en correlación negativa con agresivo(m)y esquizoide(m)y antisocial(s).

2)

esquizotípico y paranoide(m)+autodestructivo(m-negat.);
esquizotípico(s) y tpept + bipolar;
tpept + bipolar (en mcmi).

3)

sacrificado, introvertido + pasivo, negativista (mcmi).
Negativista, introvertido, bipolar + pasivo (scid).

4)

borderline, pasivo-agresivo + compulsivo (negat.) (mcmi). Como ya se ha mencionado, se comprueba que en el mcmi-III que lo compulsivo patológico es lo normal, y viceversa.
Histriónico(negat.), obsesivo-compulsivo, borderline (scid).

5)

narcisista, pasivo-agresivo, dependiente(negat.) (scid).
Depresivo, dependiente, evitativo + autodestructivo; correlación negativa con narcisista, negativista, histriónico.(mcmi).
Esquizoide, evitativo(scid).

2.5. Análisis factorial de los subgrupos de la entrevista de tpd.

Por medio de un análisis factorial de los 4 items en que se divide la escala de personalidad depresiva, y rotación varimax de cada una de las muestras, obtenemos:

1)

Muestra ddd.0 o, no distimia ni personalidad depresiva (tabla XXXXIV):

- 2 componentes principales, con el 64% de varianza.

- 1º) negativista, pasivo, no sacrificado.
- 2º) introvertido, sacrificado

2)

Muestra ddd.1 o t.personalidad depresiva + (tabla XXXXV):

- 2 componentes principales con el 66% de varianza.
- 1º) pasivo, no negativista, introvertido.
- 2º) sacrificado, no introvertido.

3)

Muestra ddd.2 o distimia + (tabla XXXXVI):

- 2 componentes principales, con el 60,3% de varianza.
- 1º) negativista e introvertido.
- 2º) pasivo, no sacrificado.

4)

Muestra ddd.3 o p.d.+ y distimia + (tabla XXXXVII):

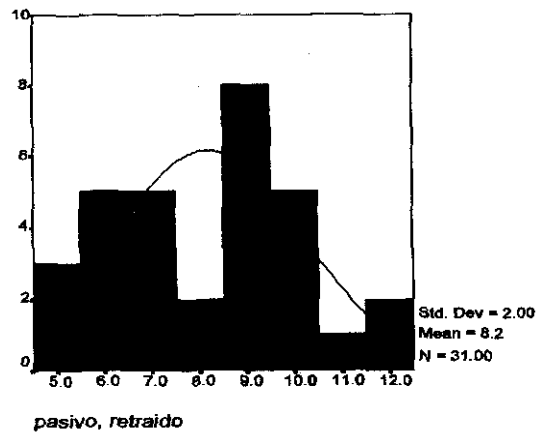
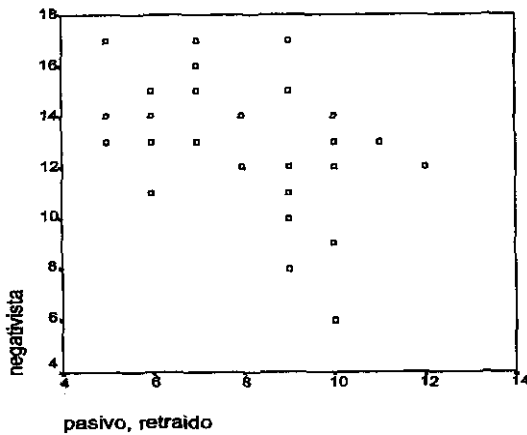
- 3 componentes principales, con el 85% de varianza.
- 1º) sacrificado, no introvertido.
- 2º) pasivo, introvertido.
- 3º) negativista.

Correlaciones bivariantes entre los items de la escala depresiva:

Muestra ddd.1 o de t.personalidad depresiva +:

- solo existe correlación significativa, negativa, para 2 colas, entre: **negativista y pasivo(retraido)**, Pearson:-0,444, sig:0,012.

No existe correlación significativa entre:negativista-introvertido, negativista-sacrificado, introvertido-sacrificado, introvertido-pasivo, pasivo-sacrificado.



2.6. FRECUENCIAS RELATIVAS DE ITEMS DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD DEPRESIVA

Comparativa de distimia y t.pers. dep.(ddd2 y ddd1), con sus porcentajes respectivos:

	React negat	Pesimista	Amar	Remor
Distimia	55.6	38.9	33.3	16.7
Pers. dep.	67.7	74.2*	25.8	58**

	Baja autoes- tima	Preo- cupa	Sobr	Cri
Distimia	16.7	77.8	22.2	16.7
Pers.dep.	54.8*	100**	38.7	51.6*

	Intro	Tran	Serio	Constr
Distimia	27.8	38.9	55.6	27.8
Pers.dep.	51.6*	58.1	64.5	51.6+

	Tenso	Diver	Retra	Pasi
Distimia	38.9	16.7	16.7	5.6
Pers. dep.	29	48.4+	29	54.8**

	Depe	Enfa	Recha	Oral
Distimia	22.2	16.7	72.2	11.1
Pers.dep.	74.2**	35.5	93.5*	54.8**

	Contr	Mora	Autoc	Abne
Distimia	55.6	61.1	66.7	55.6
Pers.dep.	54.8	71	74.2	64.5

	Ambi	Triste
Distimia	38.9	38.9
Pers.dep.	67.7*	71**

Abreviaturas:

Pers.dep.:personalidad depresiva +,escala depresiva; react negat:reactividad negativa; amar:amargado; remor:remordimientos; preoc:preocupado; sobr:sobrecargado; cri:crítico de otros; intro:introvertido; tran:tranquilo; constr:constreñido; díver:dificultad para divertirse; retra:retraído; pasi:pasivo; depe:dependiente; enfa:dificultad para enfadarse; recha:hipersensible al rechazo; contr:contradependiente; mora:moralista; autoc:autocrítico; abne:abnegado; ambi:poco ambicioso. **: significación < 0.01 de 2 colas en el test de Mann Whitney; *:signif. < 0.05; +: < 0.10 (tendencia a ser signif.): ver **TABLA LIV**.

Se observan las siguientes diferencias significativas, lógicamente en la dirección de la muestra de t.personalidad depresiva:

- < 0.05: pesimista, baja autoestima, crítico de los demás, introvertido, hipersensible al rechazo, poco ambicioso.
- < 0.01: triste, con remordimientos, preocupado, pasivo, dependiente, oral.
- < 0.10: constreñido, con dificultad para divertirse.
- Sin diferencias significativas entre distimia y pers.dep.: contradependiente, moralista, autocrítico, abnegado, dificultad para enfadarse, tenso, retraído, tranquilo, serio, sobrecargado, reactividad negativa, amargado.
- Merece la pena destacar la alta frecuencia de algunos items (>50%) en la **distimia**: Preocupado(78%), hipersensible al rechazo (72%), autocrítico (67%), moralista (61%), y reactividad negativa, serio, abnegado y contradependiente (cada uno un 56% de la muestra de distimicos). Como ya se ha dicho, a pesar de la alta frecuencia

de ellos, ninguno supera significativamente a los del t.personalidad depresiva. Por el contrario, algunos de ellos se dan más en la pers. dep.(ver tabla).

3. FIABILIDAD DE LA ENTREVISTA DE PERSONALIDAD DEPRESIVA

Existen 2 maneras de comprobar esta fiabilidad: a través del valor de la alfa de Cronbach, o por medio de la validez o consistencia interna (con los factores o componentes principales de la escala en las diferentes muestras).

La 1ª resulta un valor de 0,6174 para la **muestra global**, lo que resulta satisfactorio (*tabla XXXX*). Correlación intraclase promedio: 0,6174.

La mayor correlación es entre introvertido y negativismo (muestra global): 0,433.

Los valores de fiabilidad de la escala depresiva de la muestra ddd.1 o de **personalidad depresiva** + (*tabla XXXXI*), muestran:

- alfa Cronbach: -0,45.
- Mayor correlación: pasivo-negativista (negativa):0,444
- Correlación intraclase promedio:-0,45.

Fiabilidad de la muestra ddd.2 o **distímica** (*tabla XXXXII*):

- alfa Cronbach:0,2935.
- Correlación entre introvertido-negativista:0,2973.
- Correlación intraclase promedio:0,293.

Fiabilidad de la muestra ddd.3 o **distímicos y t.p.d. positivos** (*tabla XXXXIII*):

- alfa Cronbach:-0,035.
- Correlación entre abnegado-introvertido(negativa):0,32.
- Las medias de cada de uno de los items de la escala depresiva, son lógicamente superiores a los previos de las otras muestras.
- Correlación intraclase promedio:-0,0135.

Cuando se busca la **fiabilidad test-retest** (en un tercio de los casos con t.p.d. positiva, en los items

de la escala depresiva, se obtiene una buena alfa (0,67)(*tabla XXXXVIII*) y correlación intraclass de 0,53.

Cuando tratamos de comparar la distimia y el tpd en submuestras separadas, y ver su kappa respecto al tpd de la DSM-IV, observamos un valor aceptable de 0,622 (*tabla LIII*).

IV- DISCUSIÓN:

I- DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio sí destacan diferenciaciones y semejanzas entre tpd. y distimia.

Las primeras serían:

- *comorbilidad con otros tp:*

Encontramos una alta tasa de comorbilidad en relación con otros estudios: vemos que entre un 16-32% de nuestra muestra de tpd, no tienen tp comórbidos (según la entrevista utilizada) frente a un 40% (Zanarini et al,1987), 42% (Klein, Shih,1998).

La mayoría de los tp se solapan bastante con trastornos del eje I y II. Pocos pacientes tiene un tp solo (Gunderson et al,1991; Pfohl,1991; Widiger &Rogers,1989). Oldham (1992) observó en una amplia muestra que más del 80% de los que tenían un tp, tenían otro asociado, con una media de 3,4 tp por paciente.

Mulder et al.(1994) observaron en una muestra de pacientes depresivos un 50% de uno o más tp. Observaron que más de 2/3 de estos tenían más de un tp, con el siguiente orden descendente en frecuencia: evitativo, borderline, paranoide, autoderrotista, dependiente, obsesivo-compulsivo y antisocial.

Nosotros observamos entre el 61%(tpd) y 68%(distimia) de las muestras respectivas, en que tienen más de un tp asociado. Predomina en ambas el tipo B más C (32 en tpd y 47% en distimia) según el scid. Los tp del grupo A asociados se dan con mayor frecuencia en la distimia (21%/10%) en relación con el tpd (datos del scid).

La asociación de 3 tipos distintos de tp (de grupos distintos A, B y C) se da también con mayor frecuencia en la distimia (sin ser significativa): 16% versus 10% respectivamente (en datos del cuestionario, donde se encuentra curiosamente más asociación que en el scid: 5% versus 3% respectivamente).

Se observa más frecuencia de asociación del tp del grupo C aislado con tpd que con distimia, pero cuando se dan 2 o más tp comórbidos de distintos grupos, ya se cambia la diferencia estadística favorable a la distimia. Curiosamente, y potenciando la asociación del tpd con el grupo C, en esta muestra de tpd vemos diferencias significativas de 3 tp del mismo grupo, respecto a la distimia.

El t.pd. con autodestructivo, pasivo-agresivo, depresivo; y correlación inversa con agresivo, histriónico y narcisista.

La distimia con t.p. histriónico, rasgos evitativos y agresivos, y correlación inversa con depresivo y autodestructivo. Otros autores han encontrado también una asociación de distimia con tp evitativo y tp no especificado (que incluye el tpd) (Marin et al, 1993).

Además, la asociación de tpd. con distimia (muestra asociada), agrupa más comorbilidad con otros tp (siguiendo la evolución de la ausencia de ambos constructos (ddd.0) hacia la presencia de ambos (ddd 3)): **A: tp. Esquizotípico (s), tp. Esquizoide (m). B: tp. Borderline (s), rasgos agresivos (m). C: tp. Dependiente (s), tp. Pasivo-agresivo (m, y rasgos-s), tp. Depresivo (m) y tp. Evitativo (m).**

Se observa una tendencia hacia comorbilidad en el grupo ddd.3 de: **evitativo-s, autodestructivo-s y esquizoide-s.**

Nos parecería indicar el conjunto de lo previo, que la tendencia de 0 a 3, se correspondería con más t.p. del tipo A y C, más el borderline, y la disminución del B (histriónico y narcisista). No obstante, si observamos las asociaciones de variables anteriores, vemos que lo histriónico sí se asocia a lo distímico puro, y tiene una correlación inversa con el tpd.. Con esto, solo deducimos que lo narcisista no comparte rasgos ni con la distimia ni con el tpd..

Merece la pena también destacar las diferencias de otras variables en la muestra conjunta o asociada (ddd.3):

- mayor ansiedad,(MCMI).
- mayor trastorno por estrés posttraumático (tpept) (MCMI).

El grupo **distímico** puro (ddd.2) tiene una correlación negativa con intentos de suicidio, positiva con enfermedades somáticas (y dentro de estas, también se correlaciona con enfermedades somáticas varias, o sea, más de una asociadas).

La comparación entre los subgrupos respecto a los resultados del cuestionario big-five, curiosamente solo es significativa en las muestras asociadas:

- lo que es negativo con la ddd.6, o sea, ni distimia, ni tpd.; se da en sentido contrario para la ddd.3, o distimia más tpd. asociada.
- para la muestra de **distimia + pd.:** *energía*, y sus subtipo dinamismo (tendencia a lo significativo); *afabilidad*, *estabilidad emocional*, (*control emociones y control impulsos*), todas en el tipo **inferior** (recordamos que tienen 3 grados: normal, superior e inferior).

Contrariamente a lo previsto, no se observan diferencias significativas entre el t. personalidad depresiva y la distimia, respecto a este cuestionario big-five. Solo en la asociación de ambas, cuando hay más gravedad en el espectro, es cuando observamos la significación. Pudiera interpretarse de dos maneras: o que el cuestionario tiene un umbral diagnóstico alto; o que influye la elevada distorsión encontrada (más en tpd., 61,3%, que en la distimia, 44,4%).

Únicamente se observa una correlación significativa entre **distimia y tesón** (inferior). Se puede explicar como un apoyo a los resultados de la relación negativa del tp obsesivo-compulsivo con la distimia.

En el **t.pers. dep.:** la afabilidad es superior con t.p.autoderrotista; es normal con rasgos evitativos y autoderrotistas; y no es normal con rasgos antisociales y paranoides. Ya hemos comentado como es inferior en la asociación distimia más tpd. En la literatura hay resultados contradictorios: para algunos es inferior (pacientes excpeticos, quejosos) (Phillips et al,1998), mientras otros ven que son pacientes afables (Laughlen,1967).

Tampoco vemos diferencias en apertura a la experiencia, que parece ser un componente con items como el NEO-FFI. En este tampoco se observaron diferencias significativas entre tpd y no tpd (Lyoo et al,1998). El que la puntuación de extraversión sea baja en tpd, nos sugiere que la introversión, como rasgo de tpd que vemos en este trabajo, no se debe cuestionar.

Aunque lo midamos con la escala de Gunderson, y sean diferentes instrumentos, parece que conducen a la misma conclusión: su especificidad con el tpd. También se vieron diferencias en el NEO-FFI en el ítem conscienciosness (responsabilidad), con valores bajos.. Nosotros solo observamos una puntuación inferior del tesón (Big Five) en la muestra de distimia.

Los resultados del cuestionario de Cloninger (TPQ) aportan unas conclusiones en el tpd (Lyo,1998): mayor evitación de daño, menor búsqueda de novedades y no diferencias en dependencia de recompensa y persistencia (respecto a una muestra de pacientes depresivos sin tpd). Los resultados de nuestro estudio con el big-five solo arrojan diferencias significativas (como se ha indicado) con la muestra asociada. Tal vez la tendencia a un dinamismo inferior tenga cierta semejanza con la búsqueda de novedades del TPQ.

En la evaluación del tpd., con la escala de Gunderson y Hirschfeld, a los tpd. positivos (ddd.1), realizada a los 2 años de media de la 1ª entrevista, se observa: un 61,5% de ellos continúan presentando tpd., aunque solo se efectúa la entrevista a un 42% de los iniciales. A pesar de que la muestra es todavía más limitada que la inicial, caben apuntar algunas conclusiones:

- la mejora de rasgos de tpd. con el tiempo y con el tratamiento. Hay que recordar que ésta no es una variable incluida, dado que todos los pacientes continuaban con tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico en algún periodo del estudio
- la estabilidad diagnóstica del constructo de t.personalidad depresiva.
- las cifras de la distimia y la escala test-retest de tpd, no son valorables dado el pequeño tamaño de la submuestra.

En la evaluación de los **ítems de la entrevista de t. personalidad depresiva** de Gunderson y Hirschfeld, se observa:

Agrupados los **ítems** por orden de frecuencia, dentro de los pacientes con **t. personalidad depresiva positiva**, se encuentran:

Preocupación, hipersensible al rechazo (> 90% de los casos); pesimista, dependiente, autocrítico, triste, moralista (> 70%); poco ambicioso, reactividad negativa, serio, abnegado (> 60%); tranquilo, baja autoestima, remordimientos, pasivo, oral, contradependiente, constreñido, introvertido, crítico de otros (> 50%) y dificultad para divertirse (> 40%).

Agrupados los **ítems** por orden de frecuencia, dentro de los pacientes con **distimia**

positiva, se encuentran:

Preocupado, hipersensible al rechazo (en más del 70% de los distímicos); autocrítico, moralista (> 60%); reactividad negativa, serio, contradependiente, abnegado(> 50%); triste, pesimista, tranquilo, tenso, poco ambicioso (> 35%); introvertido, constreñido,(>25%); sobrecargado, dependiente(>20%); remordimientos, dificultad divertirse, retraído, baja autoestima, dificultad de enfado, crítico de los demás; (> 15%) y pasivo, oral (alrededor del 10% o menor).

Tratando de buscar las asociaciones significativas que nos diferencien la distimia y tpd. según los ítems de esta escala, observamos:

- una correlacion significativa con **tpd+** de: triste, pesimista, baja autoestima, preocupado, dificultad para divertirse, remordimientos, poco ambicioso, reactividad negativa. En menor medida, dependiente, pasivo.

- una correlación negativa con la **distimia** de: remordimientos, sobrecargado, oral, pasivo y dificultad para enfadarse.

- correlación con la asociación **distimia + tpd.** : retraído, tenso, introvertido, constreñido.

Comparando las frecuencias porcentuales de los ítems, en el tpd y la distimia, se obtienen diferencias significativas en :

- mayor frecuencia en tpd respecto a distimia:

< 0.05: pesimista, baja autoestima, crítico de los demás, introvertido, hipersensible al rechazo, poco ambicioso.

<0.01 : triste, con remordimientos, preocupado, pasivo, dependiente, oral.

< 0.10: constreñido, con dificultad para divertirse.

- Sin diferencias significativas entre distimia y tpd.:

contradependiente, moralista, autocrítico, abnegado, dificultad para enfadarse, tenso, retraído, tranquilo, serio, sobrecargado, reactividad negativa, amargado.

- Merece la pena destacar la alta frecuencia de algunos ítems (>50%) en la distimia:

Preocupado, hipersensible al rechazo , autocrítico , moralista , y reactividad negativa, serio, abnegado y contradependiente . Ninguno de ellos es más

frecuente en la distimia que en el tpd, más bien al contrario.

Akiskal (1998) propone una entrevista semiestructurada para buscar temperamentos, utilizando una muestra no clínica. Destaca un temperamento ciclotímico y otro depresivo, éste en correlación negativa con el hipertímico.

Predice el temperamento depresivo con los items siguientes, en orden decreciente de importancia: “preocupado por la inadecuación y fallos propios,...”, “consciente, autodisciplinado”, “triste, pesimista,..”, “tranquilo, pasivo,..”, “preocupado, rumiativo,..”, “crítico de los demás” y “autocrítico”. Propone eliminar el penúltimo.

En nuestro estudio vemos que hay un conjunto de factores que predicen ambas, el tpd y la distimia: “Pesimista, dificultad de enfado(negativo), triste, reactividad negativa, hipersensible al rechazo, preocupado, constreñido, moralista”. Coincidimos con Akiskal en 2 criterios que él también predice para el “temperamento depresivo”. El item “autocrítico” lo vemos en tpd y distimia en alta frecuencia, pero no nos predice ni hay correlaciones significativas. Los criterios: “baja autoestima”, “crítico de los demás” y “tranquilo, pasivo”, sí se asocian más con y predicen el tpd. No obstante, se ha cuestionado el que el item “baja autoestima” sea un componente de rasgo y estado, perdiendo la especificidad que puede tener el criterio “autocrítico” (Hartlage et al, 1998).

Como ya hemos dicho, el criterio “consciente y autodisciplinado.”, que para Akiskal (1998) predice en 2º lugar el temperamento depresivo, no está recogido ni en la entrevista de Gunderson de tpd, ni en el apéndice del DSM-IV.

Los items que encontramos que tenían correlación positiva y buena k en el **test-retest** dentro de los pacientes **tpd +**, a los dos a tres años de la 1ª evaluación, fueron los siguientes :

Baja autoestima, amargado, poco ambicioso, sobrecargado, dependiente, dificultad para divertirse, introvertido, pesimista, preocupado, retraído, serio, y tenso.

Tuvieron una correlación casi significativa (< 0.10) los siguientes items de la entrevista de tpd de Gunderson: triste, con remordimientos, moralista, crítico

de los demás, contradependiente y constreñido.

Dentro de la submuestra ddd.1 o **tpd. positivo**, buscamos las correlaciones entre tp. y otras variables clínicas:

- la asociación con otros tp varía entre un 83,9%(s) y un 68%(m), según el tipo de evaluación que realicemos. Más de 2/3 de estos son de tp pertenecientes a más de un grupo, sobre todo al B más C. Predomina este grupo, tanto individual como asociado. Al utilizar el cuestionario(m), vemos mayor proporción de tp A,(tal vez porque se confunda el tp evitativo con el tp esquizoide) y mayor asociación de los 3 grupos (A+B+C), que cuando utilizamos el SCID-II.
- **obsesivo** se correlaciona negativamente con **pasivo-agresivo** y **narcisista**; positiva con **energía inferior** y **tesón anormal**.
- **dependiente** se correlaciona con **pasivo-agresivo**, **evitativo**, **energía inferior**, y negativamente, con **autodestructivo**.
- **pasivo-agresivo** e **intentos de suicidio**.
- **autodesvalorizado** se correlaciona con lo **histriónico**, **borderline**, **esquizotípico**, **agresivo**, **afabilidad superior**, y negativamente, con lo **dependiente**.
- **borderline** se correlaciona con **paranoide**, **esquizotípico**, **narcisista**, **autodestructivo** y algo con **histriónico**; además, los **tp. borderline** con **bipolar**, y los rasgos **no con bipolar**.
- **depresivo** se correlaciona con lo **narcisista**, **esquizotípico** y **esquizoide**.
- **antisocial** con **esquizotípico**, **ingresos psíquicos**, **intentos de suicidio**, **no casados**, **afabilidad patológica** y **apertura mental superior**. Nos recuerda este último rasgo a un tipo de la clasificación de los antisociales de Henderson(1939): el creativo (junto con agresivos e inadecuados o pasivos).
- **histriónico** con **pasivo-agresivo**, **borderline**, **autoderrotista** y con **varios intentos de suicidio**.
- **narcisista** con **pasivo-agresivo**, **no compulsivo**, **borderline**, **paranoide**, **esquizotípico**, **trastorno por estrés posttraumático**; suelen ser **solteros** y

conviven con **la familia de origen.**

- **esquizotípico** se correlaciona con **pasivo-agresivo, borderline, paranoide, depresivo, autoderrotista, ingresos psíquicos, trastorno por estrés posttraumático, con apertura mental normal, y sobre todo, son solteros.**

- **esquizoide** con **depresivo, varón y estabilidad emocional superior.**

- **paranoide** con **esquizotípico, narcisista, borderline, y con trastorno por estrés posttraumático.**

Diferencias entre distimia y tpd. respecto a su asociación con tp y otras variables clínicas y socio-demográficas:

- la distimia se asocia más con los trastornos o rasgos de personalidad del eje II, **tipo A** (sea esquizoide, esquizotípico o paranoide), con los del **tipo B**; y con el **tipo C** prácticamente solo si está asociado al B, y en menor proporción al A (como 2 tp); mientras que en el t pers. dep. la asociación es más con el tipo 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 (Oldham et al.1992, Stuart et al,1998).

- La asociación del **trast. por estrés posttraumático** es más con el t, pers. dep. y el tipo A (paranoide y esquizotípico).

- Asociación significativa entre lo **esquizoide, depresivo, varón y t.pers. dep..**

- Lo **paranoide y narcisista** van juntos en distimia y t.pers.dep; pero aquella se asocia más con bipolar y ésta más con borderline y esquizotípica.. No se asocia ninguna con el tipo C.

- El distímico **histriónico** se asocia más con el grupo A e ingresos.. El

histriónico del t.pers. dep 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 tipo C (por lo menos, el componente con mayor varianza). El distímico es más pasivo-agresivo, y el depresivo más esquizotípico y bipolar.
- 3 de los 4 tipos del grupo B (antisocial, borderline y narcisista) se correlacionan con lo **esquizotípico** en la personalidad depresiva.
- También se parecen mucho en el tipo **narcisista** lo distímico y lo depresivo (correlación negativa con lo obsesivo-compulsivo y positiva con lo paranoide, borderline y pasivo-agresivo), asociándose t.p. de los grupos A y B, sin correlación positiva con el C.
- Los **ingresos** se dan en: t. pers. dep. (esquizotípico y antisocial), menos en distimia (paranoide e histriónico).
- El tipo **pasivo-agresivo** tiene más correlación con la distimia (incluso con tipo A y dependiente) que con la pers. dep (solo intentos de suicidio). Lo contrario que el **autoderrotista**, el cual se asocia más con la pers. dep. (no con dependiente) que con la distimia.
- El tipo **depresivo** se asocia con lo esquizotípico, esquizoide y narcisista en la pers. dep.; no así en la distimia.
- Lo **dependiente** y pasivo-agresivo van juntos en distimia y pers. dep.. Pero el dependiente de ésta es más evitativo, y el de la distimia, más bipolar y menos obsesivo.
- Los **intentos de suicidio** solo se dan con la pers. dep., y dentro de esta, en: pasivo-agresivo, histriónico y antisocial.
- Lo **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: lo dependiente, pasivo-agresivo y paranoide. En la pers.dep. solo se asocia lo bipolar con el tp.

borderline .

- El **trastorno por estrés posttraumático** (medido por historia clínica y por MCMI-III) se asocia también con ambos constructos. Con la distimia, se correlaciona con lo pasivo-agresivo, histriónico y antisocial. Mientras que en la pers. dep. es más con lo narcisista, paranoide y esquizotípico.
- **Estabilidad emocional** (según el cuestionario big-five): en la distimia, la e.e. es superior en el t.p. narcisista y con rasgos evitativos; en la pers. dep. la e.e. es superior con rasgos esquizoides.
- **Energía:** dentro de la distimia: se correlaciona la energía superior con t.p. esquizotípico, narcisista e histriónico; y con rasgos pasivo-agresivos. Respecto a la pers. dep.: energía superior con rasgos dependientes; normal con rasgos histriónicos; e inferior, con rasgos obsesivo-compulsivos y con t.p. dependiente y evitativo.
- **Afabilidad :** con la distimia: superior si es esquizotípico; inferior si es borderline; y no normal, si es pasivo-agresivo o evitativo. En la pers. dep.: la afabilidad es superior con t.p. autoderrotista; es normal con rasgos evitativos y autoderrotistas; y no es normal con rasgos antisociales y paranoides.
- **Tesón:** dentro de la distimia: es normal con tp. esquizotípico e inferior con tp. dependiente. En la pers. dep. : es inferior el tesón con rasgos paranoides, y normal con tp. paranoide; no es normal con tp. obsesivo-compulsivo.
- **Apertura mental:** en la distimia: es normal con rasgos narcisistas. Respecto a la pers. dep.: es superior con rasgos antisociales, y normal con rasgos esquizotípicos.
- **Estado civil:** con la distimia: los tp. esquizotípicos se correlacionan con los separados y los obsesivo-compulsivos con los casados. En la pers. dep.: estar soltero se asocia con rasgos esquizotípicos, narcisistas y antisociales (en este además también con separado).
- **Fratría:** dentro de la distimia: tp. esquizotípico se asocia con el menor (el último o penúltimo).

- **Convivencia:** en la pers. dep.: la familia de origen conviven con los que tienen rasgos narcisistas.
- **Estudios:** en la distimia: el tp. narcisista se correlaciona con bachillerato, mientras que el dependiente solo con estudios básicos.
- **Sexo:** en la pers. dep.: los rasgos esquizoides se asocian a sexo masculino.

Cuando se trata de buscar dimensiones o factores específicos que sean predictores del trastorno de personalidad depresiva y de la distimia, nos encontramos con diferencias, y algunas similitudes.

A) Factores o componentes que predicen significativamente el t. personalidad depresiva (m: mcmi-III; s: scid-II; n: negativo):

1) evitativo(m), dependiente(m), sexo(hombre), esquizoide(m), depresivo(m), autodestructivo(m), y diagnóstico DSM-IV positivo, y en correlación negativa con : histriónico y narcisista (ambos MCMII-III)..

2) bor(s),par(s-n),pas-ag(s),aut(s),tpept.; o también:

Bor(m,s),pas-ag(m),o-c(m). Estos dos factores los podemos resumir en: borderline, pasivo-agresivo, no paranoide; se puede añadir autodestructivo , histriónico, no dependiente, compulsivo (pero con el MCMII-III, que se considera “normal”; con el obsesivo-compulsivo del SCID se da correlación negativa.) trastorno por estrés posttraumático (según MCMII-III).

3) esquizoide (s), borderline (s), evitativo (s) o también:

bor(s),depe(s),aut(s),evit(s), con lo que resulta un factor muy parecido al 1º, solo que con scid: esquizoide, borderline, evitativo, dependiente, autodestructivo.

4) negativista, introvertido, bipolar , no depresivo ni evitativo, energía inferior y pasivo. También se ven asociaciones menores como: Introvertido, pasivo, negativista, no esquizoide y sacrificado; ó:

Introvertido., pasivo, negativista, histriónico y narcisista.(las variables son aplicables al mismo factor común, esto es, se pueden aglutinar continuadas:

introvertido, pasivo, negativista, no esquizoide, histriónico y narcisista).

5) Correlación negativa con: esquizotípico(m), paranoide(m), autodestructivo(m-n) , y con: narcisista (s), antisocial (s), paranoide (s). Se pueden unir los dos factores en: negativa con esquizotípico, paranoide, narcisista y antisocial.

6) Del cuestionario *big-five*:

- energía (dinamismo y dominancia inferiores) y control de emociones inferior.
- Apertura mental (inferior), afabilidad (normal, no significativo), narcisista(m).

7) De la *entrevista de tpd.* de Gunderson y Hirschfeld, se observan varias combinaciones:

- poco ambicioso, constreñido y sacrificado;
- sacrificado, agresivo y no narcisista.
- Pasivo, introvertido, tranquilo y dependiente;
- Crítico de los demás , pesimista, con remordimientos y baja autoestima;
- Pasivo, .introvertido, oral, retraído, remordimientos y baja autoestima.
- Pesimista, dificultad de enfado(n), triste, reactividad negativa, hipersensible al rechazo, preocupado, constreñido, moralista (este factor también lo encontramos en los pacientes distímicos).
- Tenso, amargado, tranquilo(n), hipersensible al rechazo y no moralista.
- Serio, dificultad para divertirse, oral(n), retraído.
- Realizando por separado el análisis factorial de esta escala, con sus 4 subfactores, resulta: pasivo, no negativista, introvertido; y el 2º : sacrificado, no introvertido.

B) Factores o componentes que predicen significativamente la *distimia*:

1) antisocial (s), pasivo-agresivo (s), narcisista (s); a los que se añade en correlación menos significativa: esquizoide (m) y evitativo (m) .

2) no intentos de suicidio ni ingresos psiquiátricos.(más en los antisociales y pasivo-agresivos).

3) Energía (normal), obsesivo-compulsivo (s), evitativo (s), histriónico (s-n).

4) Borderline (m), pasivo-agresivo (m), estabilidad emocional (normal), autodesvalorizado (m).

5) Dependiente (m), sacrificado, autodesvalorizado (m).

6) Según el cuestionario *big-five*:

- Tesón (inferior) y no dependiente (m), ni esquizoide (m).

- Estabilidad emocional (ambas, control de emociones y control de impulsos) inferior.

- Afabilidad inferior y no esquizoide (s).

- Energía (inferior), estabilidad emocional (inferior), obsesivo-compulsivo (m-n, luego patológico).

7) Respecto a los items de la entrevista de tpd. de Gunderson, se comprueba que coincide con la personalidad depresiva en:

- Pesimista, dificultad de enfado(n), triste, reactividad negativa, hipersensible al rechazo, preocupado, constreñido y moralista.

- negativista e introvertido. El 2º factor: pasivo y no sacrificado.

En el tpd no era negativista, y sí se daba el sacrificado (en relación negativa con el introvertido).

Discrepamos de la actitud del DSM-IV, cuando eliminan el item “introvertido” por su alta correlación con otros tp. Aquí vemos que varía su correlación en tpd (con pasivo y no negativista) y distimia (con negativista). Estamos de acuerdo en la no necesidad del item “conscientiousness” (también desaparecido del DSM-IV), por su correlación negativa con otros rasgos.

C) Cuando se agrupan los subgrupos positivos para **distimia y tpd.**, se obtienen pequeñas diferencias respecto de los mismos individualizados:

1) Respecto a los tp. comórbidos:

- Repite algunas asociaciones de t.p. de ddd.1 (predicción de:” *Evitador(m)*, *dependiente(m)*, *sexo(hombre)*, *esquizoide(m)*, *depresivo(m)*), y de :

Esquizoide(s), borderline(s), evitativo(s).

- Añade otras a las de la **distimia**: *Narcisista(s), antisocial(s), paranoide(s), donde la parte paranoide no se incluía; al tpd.: "Negativista, depresivo(m-n), introvertido, bipolar(m), evitativo(s), pasivo"*, en el que lo evitativo era negativo.

- **casi específico de esta asociación, sería: predicción de:**

- *Esquizotípico(s), tpept, bipolar.*

Aunque en el análisis factorial encontramos solo estos componentes, en las correlaciones bivariantes hemos observado como aumenta la comorbilidad con tp en la muestra asociada, respecto a la distimia y/o al tpd: en los tp pasivo-agresivo, evitativo, esquizoide, dependiente, depresivo y borderline. Tal vez se corresponda con los resultados de otros autores (Alnaes & Torgersen, 1991; Sanderson et al,1992), al observar la comorbilidad con al menos un tp: d.m (50%), distimia (52%) y depresión doble (69%).

2) Respecto a la entrevista de tpd., no hay diferencias respecto a la muestra de tpd. individual, no asociada: incluye los dos items de tpd, (sacrificado, no introvertido; y pasivo e introvertido) más uno de la distimia (negativista).

3) En cuanto al cuestionario big-five:

- son los mismos del tpd.(inferior dinamismo y dominancia, bajo control emocional), con alguno de la distimia (bajo control impulsos).

- Curiosamente, no incluye los items de la distimia: tesón inferior (perseverancia y escrupulosidad inferiores) y tampoco afabilidad inferior.

D) Al realizar análisis factorial de la **muestra total**, sin diferenciación entre subgrupos (muestra de tipo ambulatoria con trastornos afectivos y de ansiedad comórbidos), no observamos grandes diferencias sobre lo obtenido por separado:

1) ingresos e intentos de suicidio, en correlación negativa con agresivo , esquizoide y antisocial.

2) esquizotípico , paranoide.y no autodestructivo.

esquizotípico, tpept y bipolar;

tpept y bipolar (m).

3) sacrificado, introvertido, pasivo y negativista (m).

Negativista, introvertido, bipolar y pasivo.

4) borderline, pasivo-agresivo y compulsivo (m-n). Como ya se ha mencionado, se comprueba que en el mcmi-III que lo compulsivo patológico es lo normal, y viceversa.

Histriónico(n), obsesivo-compulsivo (s), borderline.

5) narcisista, pasivo-agresivo y no dependiente.

Depresivo, dependiente, evitativo y autodestructivo; correlación negativa con narcisista, negativista e histriónico.

Esquizoide y evitativo.

Se puede observar que la muestra global aporta factores del tpd y de la distimia por separado, pero también incluye el factor encontrado en la muestra asociada de distimia y tpd (esquizotípico, tpept y bipolar).

Se pueden comparar nuestros resultados con lo obtenido por Westen (1999) y su modelo SWAP. Destaca un componente disfórico con distintos subtipos: evitativo, dependiente, depresivo, autodestructivo y borderline. Al volver a factorizar estos, resultan: evitativo, neurótico de alto funcionamiento (o depresivo), dependiente-masquista, y hostil externalizante (o pasivo-agresivo). Su metodología es mixta, prototípica y dimensional-categorial, buscando un análisis funcional de la personalidad.

Aunque no especifica ni distingue la distimia con el tpd, sí se puede equiparar en parte a nuestros resultados: resultan varios componentes del factor disfórico, en él se incluyen tp parecidos, salvo el esquizoide (que sí encontramos nosotros). No obstante, este tp lo correlacionan significativamente con tp evitativo. Los items del tipo disfórico que proponen incluyen criterios conocidos de tpd:” sentirse inferior o inadecuado”, “ decaído, triste”, “sentirse culpable”,

junto con rasgos dependientes. Los items novedosos para nosotros son: “sentirse avergonzado...”, “ indefenso,...”, “ marginado”. Además añade un criterio más distímico: “ fatigado,...” y rasgos borderline y evitativos.

La distimia en nuestro estudio se parece al tpd en los componentes pasivo-agresivo, borderline, evitativo; pero tiene el antisocial y narcisista que no se ve en el tpd. Además incluye la distimia el componente obsesivo, y no tiene el esquizoide del tpd.

La **fiabilidad test-retest** empleada en el estudio no es la habitual de 4 a 6 semanas utilizada en todos los trabajos. Se busca deliberadamente reevaluar a los pacientes al cabo de 2-3 años, con el fin de ver la estabilidad del diagnóstico de t.personalidad depresiva. A pesar del pequeño tamaño de la submuestra inicial, y de que sólo se reevaluó a la 3ª parte de estos, resulta una fiabilidad aceptable: **alfa de 0,67** y una correlación intraclass de 0,53.

El valor de la alfa de Cronbach para la muestra global, también es adecuada: 0,617.

Los escasos estudios encontrados en la literatura de seguimiento de tpd (Phillips et al,1998; Klein y Shih,1998) , también comprueban la estabilidad diagnóstica de este constructo. Klein (1990), utilizando los criterios de Akiskal buscó también la estabilidad test-retest del diagnóstico de tpd durante un intervalo de 6 meses. El número de rasgos de tpd presentes al inicio y al final del seguimiento se correlacionaban: 0,43 ($p < 0.001$). Además, se daba un 71% de concordancia sobre la presencia o ausencia de tpd ($kappa = 0,41$). De la misma manera, Prusoff et al(1988) obtuvieron en un seguimiento de 3 a 6 años, una estabilidad test-retest de $kappa = 0,45$.

Gunderson et al(1994), utilizando su entrevista obtuvieron una fiabilidad test-retest de $kappa = 0,41$ después de un intervalo de más de un año, y con distintos entrevistadores al principio y final del seguimiento.

En un estudio ambulatorio japonés de pacientes depresivos (ligeramente o en remisión) (Sato et al, 1997) , donde utilizan el SCID-II (sobre el DSM-III R),

encuentran tasas parecidas de comorbilidad, respecto a otros estudios occidentales (en pacientes distímicos y depresivos) (Golomb et al,1995; Sanderson et al,1992; Pepper et al,1995), excepto para los trastornos de personalidad esquizoide (9% y 0-2%) y narcisista (21% y 0-18%). Lo justifican como la posible existencia de diferencias culturales o que el DSM-III-R no sea muy fiable para detectar t.p. esquizoide y narcisista en Japón.

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%)(Lyo et al,1998).

Además observan Sato et al., un 59% de t.p. 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, ya que se ha evitado la existencia del estado depresivo en las evaluaciones): para tp en general (83,9% en pd y 79% en distimia); para el tp. narcisista, en relación contraria con lo que sucede con el tp.esquizoide (más prevalencia en el cuestionario). Vemos en tp esquizoide: (6,5%-m y 0%-s en tpd; y 5% en ambas escalas en distimia). En el tp narcisista:3%-m y 0%-s en tpd; 5%-m y 16%-s en distimia. El tp esquizoide se acerca más al estudio japonés y el tp narcisista a los occidentales.

Las concordancias con los otros t. de p. son las siguientes (tabla V):

T.p. paranoide (2-18% Occidente/14% Japón); T.p. esquizotípico (1-8%/3%); T.p. antisocial (0-4%/2%); T.p. borderline (4-27%/9%); T.p. histriónico (3-21%/14%); T.p. narcisista (0-18%/21%); T.p. evitativo (12-48%/39%); T.p. dependiente (11-45%/20%); T.p. obsesivo-compulsivo (9-39%/23%); T.p. pasivo-agresivo (0-14%/9%); T.p. esquizoide (0-2%/9%).

Tabla V:

Comorbilidad de tp con tp depresiva:

	tp.est.	Tp.esq	Tp. par	tp bor	tp his	tp nar	tp 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

	Tp o-c	tp pas-ag	tp aut	tp evit	tp depe	tp 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 %, y las cifras entre paréntesis se refieren a rasgos de personalidad. Sato: estudio japonés; occid: conjunto de estudios occidentales; propio: estudio de la tesis presente; 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.**

Se comprueba en la tabla V:

En los estudios occidentales se observa un solapamiento de tpd y el grupo A del 13%, 10% con el B y un 50% con el C (Phillips et al, 1992). También se ha visto una mayor posibilidad de comorbilidad con otros tp del tpd que sin ella (cualquier trastorno del ánimo), en una relación de 58% versus 30% (Lyo et

al,1998); o 58% vs 19% (incluyendo en el grupo control también tp) (Klein, Shih,1998).

-tp esquizotípico: sobreestimación del tp en el mcmi-III, concuerda con otros estudios en el scid-II. Klein (1990) encontró este tp como el más frecuentemente asociado con tpd. Nosotros no vemos tanta comorbilidad, pero sí vemos la especificidad del tp en la muestra asociada (factor asociado a tpept y trastorno bipolar).

-tp esquizoide:también se estima más con el mcmi, o menos con el scid. Coincide con otros estudios.

- tp paranoide: parecida prevalencia a la de otros estudios. Tal como el resto de tp del grupo A, porcentajes más altos con el cuestionario que con la entrevista semiestructurada.

- tp narcisista: solo con el cuestionario se obtienen resultados, a pesar de que es una patología que no se suele mostrar. Más en la distimia (5%-m;16%-s).

- tp borderline: mientras que en el cuestionario es comparable a la literatura, con el scid se llega hasta el 48%, superando cifras habituales. Además no se contamina por el cuadro depresivo. Recordamos los dos componentes encontrados en el análisis factorial con este tp y el tpd : 1) borderline, pasivo-agresivo, autodestructivo, histriónico, no paranoide, no dependiente y trastorno por estrés posttraumático; 2): esquizoide, borderline, evitativo, dependiente, autodestructivo. Parte del 1º componente también lo encontramos en la distimia: borderline, pasivo-agresivo, autodesvalorizado.

- tp histriónico: aunque en el scid vemos un 16% de rasgos, los tp son nulos en ambas escalas. Es inferior a otros estudios. Se entiende la correlación negativa con el tpd; en la distimia se llega al 10,5% de tp histriónico.

- tp antisocial: cifras iguales o inferiores a otros trabajos. Correlación negativa con el tpd.

- tp pasivo-agresivo: superiores escasamente en el cuestionario; tal vez en el scid se detectaron mejor los rasgos (16%) y poco el tp (0%). Buena correlación con el tpd, en especial el factor asociado al tp borderline (arriba citado), pero es más

específico de la distimia (el tp pasivo-agresivo).

- tp autodestructivo: no se han encontrado datos de otros estudios. En este varía del 13 al 29%. Implicado más en el tpd que en la distimia (5 al 10,5%). **Este tp junto con el pasivo-agresivo y el depresivo-m, son los más significativamente correlacionados con el tpd.**

- tp obsesivo-compulsivo: varía desde el 6,5% en el cuestionario hasta el 48%(scid) que supera a otros estudios. Se comprueba que el tp compulsivo en el cuestionario hay que interpretarlo en sentido inverso (lo patológico es normal y viceversa). En distimia también se dan cifras altas de tp o-c, asociándose en un factor a lo evitativo, no histriónico y rasgos paranoides. En tpd tiene correlación negativa con pasivo-agresivo, y se encuentre en un factor con tp histriónico y autoderrotista (pero lo compulsivo en correlación negativa).

- tp evitativo: resultan porcentajes parecidos a los de otros estudios. Menor proporción en la distimia (16-21%).

- tp dependiente: concuerda con otros estudios, y contrariamente a lo previsible, coinciden los porcentajes en la entrevista y el cuestionario. Se incluye más en factores de tpd que de distimia, donde además tiene menos prevalencia (16-26%). Un pequeño matiz diferencial entre ambos: los pacientes con tpd son excesivamente dependientes de la aprobación de los demás, pero sin ser tan "pegajosos" como los tp dependientes.

- tp depresivo: a pesar de ser la muestra ddd.1, o sea positivos en la entrevista de Gunderson, para el cuestionario (MCMI-III) solo admite: rasgos (52%) y tp (23%).

En una revisión reciente (Corruble,1996), de pacientes con depresión mayor, encuentra datos parecidos a los citados de muestras occidentales. No obstante merece la pena destacar en este estudio: un 20-50% de ingresados y un 50-80% de pacientes ambulatorios tienen al menos un tp.; dentro de estos, predominan los del grupo B (sobre todo los borderline, 10-30%), con gran variabilidad entre los estudios respecto al grupo C (destacan los t. p. obsesivo-compulsivo, 0-20%), y un grupo A heterogéneo (predomina el esquizotípico, 0-20%, baja el

paranoide, <5%, y el esquizoide varía entre estudios).

Abrams (1994) estudia retrospectivamente los tp, a través del PDE, de pacientes geriátricos, una vez recuperados de su depresión. Observa que los que tuvieron depresión de inicio precoz (antes de los 60 años), mostraban más rasgos dimensionales de tipo evitativo y dependiente, y una tendencia en otros 6 tipos de tp., que los de inicio tardío (después de los 60 años). Lógicamente, se plantean los autores si se deberá a: cambios postdepresivos, o a una predisposición o a un subtipo depresivo de bajo grado. El componente evitativo y dependiente asociados lo encontramos en el tpd en nuestro estudio. En la distimia van separados: el evitativo con otros del tipo B y el dependiente con el autodesvalorizado.

Fava (1996) también busca la comorbilidad con t. p.: separa los pacientes de comienzo precoz (menores de 18 años) y es una muestra ambulatoria de depresivos a los que les pasa el SCID-II para el DSM-III-R y el PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire Revised). Encuentra también más t. p. en los depresivos de comienzo temprano, pero varía algo de los resultados de Abrams: con el SCID-II, se dan más prevalencia de t. p. evitativo, histriónico, narcisista y borderline que en los de comienzo tardío (de 18 o más años); y utilizando el PDQ-R, observa más t. p. evitativo, dependiente, pasivo-agresivo, borderline, histriónico, narcisista y antisocial. No obstante, ha de tenerse en cuenta que estos trabajos miden los t. p. durante el estado depresivo, con el consiguiente sesgo, que ya se ha comentado previamente. 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.

Parecida conclusión a la de Fava puede obtenerse de los resultados de Agbayewa (1996) con pacientes depresivos ingresados. Observa como la frecuencia y efectos de los tp. sobre pacientes depresivos, puede variar con la edad: en los más mayores (sin especificar edad), se da una menor prevalencia de tp. (27%), son más los del grupo C y los episodios depresivos son más severos;

mientras que en los depresivos más jóvenes (según DSM-III-R), la prevalencia es del 40,3%, sobre todo del grupo B, con episodios más largos y peores relaciones familiares. En nuestro estudio vemos una población de más edad en la distimia respecto al tpd, pero no incluimos la diferenciación de comienzo. Se han encontrado en la literatura alguna especificidad entre algún tp. y dm. Modestin et al. (1997) observan en una muestra restringida de pacientes ingresados (excluyendo psicóticos y orgánicos), como los trastornos afectivos se correlacionan más con los tp. del grupo C, al igual que los trastornos de ansiedad (aunque estos también con los otros dos grupos, B y A). También observan como los trastornos de la alimentación se correlacionan con el grupo B y el sexo femenino y los trastornos por uso de sustancias psicoactivas no lo hacen con el grupo C. Observan también en su muestra una mayor prevalencia de distimia, agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo entre los pacientes con tp.. Y de estos, predominan los borderline (26%), paranoide (14%) y evitativo (14%). Coincidimos en la mayor frecuencia del tipo C y tpd, aunque Modestin no separa tpd de distimia. También vemos una asociación con trastornos de ansiedad, sobre todo en la muestra asociada (tpd más distimia), pero este no era objetivo de nuestro estudio.

Skodol (1996) observa como el t p. dependiente, relacionado por algunos con la depresión, se correlaciona con diversos tp. en una muestra depresiva: con los tp. evitativo, obsesivo-compulsivo, borderline, narcisista, esquizotípico y paranoide (utiliza el PDE.). Además observa como 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., como se amplía el abanico de tp. Se tiene esa tendencia hacia una mayor comorbilidad de tp, tesis también defendida por Tyrer (2000) con la severidad y clasificación de los tp.

Lott (1997) no encuentra distinta prevalencia de tp. borderline en muestras de depresivos crónicos, agudos y distímicos. Tampoco observa entre ellos diagnósticos de t p. antisocial. Nosotros vemos más borderline en tpd, sin ser diferencias significativas con la distimia, y tampoco vemos antisociales, sobre todo en tpd.

Se podría resumir a grandes rasgos, que los tp. del grupo A se relacionan con la esquizofrenia (Peralta y col,1991;Cutting et al,1986);

Los trastornos por uso de sustancias, con los del B, y en especial con el tp antisocial (Eronen et al,1998; Rounsaville et al,1998). La misma asociación previa se da con el abuso y dependencia del alcohol (Morgenstern et al,1997)

Los trastornos somatoformes y trastornos alimenticios, ambos con el grupo B y C.(Stern et al,1993; Thornton and Russell,1997).

Los trastornos depresivos con los grupos B y C (Alnaes and Torgensen,1988; Gunderson y Phillips,1991). En nuestro estudio lo corroboramos, y además también vemos una asociación con el grupo A.

Los trastornos neuróticos con el grupo C: sean como un modelo comórbido del eje I y II perteneciente al mismo síndrome (Lyons et al,1997) o como parte del síndrome general neurótico (Andrews et al,1990;Tyrer et al,1992); trastorno de ansiedad generalizada y tp antisocial (Blashfield et al,1994) o tp evitativo (Noyes et al,1995); trastorno de pánico y agorafobia, con tp dependiente (Noyes et al,1995); y agorafobia sin pánico con tp evitativo (Hoffart et al,1995). Los trastornos afectivos y de ansiedad (aunque estos últimos se dan también en los otros dos grupos) con el grupo C (Modestin, 1997; Fabrega et al, 1991).

Los trastornos por estrés posttraumático se han asociado al grupo B (más en el tp borderline)(O Toole et al,1998; Zanarini et al,1999). En nuestro estudio se asocia más con el grupo B y 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.

Si queremos relacionar **tp dentro de los grupos**, concretaremos:

El tp. obsesivo-compulsivo se correlaciona más con el t. de ansiedad

generalizada y menos con el t. por dependencia de alcohol (Nestadt et al., 1992). 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 lo evitativo y a lo no histriónico; además en correlación negativa con pasivo-agresivo y narcisista en el tpd.. El tesón inferior tiene correlación con la distimia.

El tp. evitativo con distintos trastornos del Eje I, no específico (Oldham et al, 1995), con la bulimia (Yanovski et al; 1993); pero también se le ha correlacionado, como agrupado en el grupo C, con los t. del ánimo (Modestin, 1997; Fabrega, 1991), con la distimia y la fobia social (Alnaes et al, 1988) , con la depresión unipolar (Oldham, 1995). En nuestro estudio lo vemos asociado preferentemente al tipo C también, más en el tpd que en la distimia. Tampoco tiene ninguna correlación significativa, a pesar de ser de los más frecuentes tp.asociados al tpd (42% frente a un 21% de la distimia). Se asocia sobre todo a los tp dependiente, depresivo, esquizoide y autodestructivo por un lado; por otra parte con borderline y esquizoide (que posiblemente sean los dos el mismo factor). Energía (big-five) inferior es otra variable asociada.. La afabilidad pasa de normal en tpd a no normal en distimia con el tp evitativo.

Los dos tp. más frecuentemente asociados con tpd. fueron evitativo y borderline (Klein y Shih,1998). Algo más del 50% de los tpd. tenían algún tp. asociado en la muestra de este estudio.Concuerdia perfectamente con nuestros resultados, tanto de distimia como de tpd.

El tp. dependiente, además de lo ya citado de su inespecificidad en la correlación con trast. del Eje I, y de su lógica inclusión con los estudios del grupo C, encontramos otros en que sí se correlaciona con la depresión unipolar (Oldham, 1995). Dentro de este grupo, son los tp. evitativo y dependiente los que más se asocian con los t. afectivos (dm, distimia y depresión doble) (Sanderson et al, 1992). 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 lo evitativo y no autodestructivo, y en

la distimia se asocia a lo bipolar (mcmi) y no obsesivo. También en ésta, el tesón es inferior. Los rasgos dependientes van con energía (big-five) superior, pero pasan a inferior si ya es un tp dependiente.

El tp. antisocial, se correlaciona con trast. por dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas (Tomasson et al, 1995; Kokkevi et al, 1995) y con menor t. de ansiedad generalizada (Nestadt, 1992); con la esquizofrenia (Jackson y col, 1991); incluido en el grupo B, a veces tiene la misma asociación que los tp. borderline. En nuestro estudio encontramos: en el **tpd**: una asociación positiva con tp esquizotípico, ingresos e intentos de suicidio; y negativa con esquizotípico, paranoide y narcisista; además se correlaciona con afabilidad no normal y apertura mental superior. En la **distimia** vemos al tp antisocial más asociado a tp pasivo-agresivo, narcisista y paranoide (este solo en la muestra asociada con tpd); también se correlaciona con trastorno por estrés posttraumático; y negativa correlación con intentos de suicidio e ingresos. El tp. borderline, o no se encuentra especificidad por asociarse con distintos trastornos (Oldham, 1995); o sí con la depresión unipolar (Jackson, 1991); con la bulimia (Yanovski, 1993); y como tp. del grupo B: con la ciclotimia (Alnaes, 1988), con los trast. adaptativos (Fabrega, 1991), con los t. por alcohol y sustancias (Oldham, 1995; Fabrega, 1991). En nuestro estudio existe un paralelismo entre un componente del tp borderline en distimia y tpd: ambos se asocian con tp narcisista, paranoide y autoderrotista, y no con el tipo C. No obstante, en la **distimia** va más con el tp pasivo-agresivo, autoderrotista, afabilidad inferior y estabilidad emocional normal; y en el tpd con lo bipolar y el tp esquizotípico. En el **tpd** se correlaciona con: tp paranoide, narcisista, autoderrotista, histriónico y bipolar (los rasgos borderline no). El histriónico de este componente también se asocia con borderline, pasivo-agresivo e intentos de suicidio.

Observamos 2 componentes en el tp borderline y el **tpd**: uno con los 3 tipos de tp (A, B y C), pero más con el C: esquizoide, evitativo, dependiente, autoderrotista; y el otro más con el tipo B: pasivo-agresivo, histriónico,

autoderrotista, no dependiente, ni paranoide.

El t p. histriónico, se correlaciona con la manía (Jackson, 1991) y con los del grupo B. Nosotros observamos en el **tpd**: que se asocia con tp pasivo-agresivo, borderline, autoderrotista, intentos de suicidio, no dependiente y trastorno por estrés posttraumático. En otro factor del tpd tiene asociación negativa lo histriónico con componentes tipo C y A. En la **distimia**, el tp. histriónico se asocia más al tipo A y a ingresos (y energía superior).

Se ha visto una asociación del tpd. con el tp. esquizotípico (Klein & Miller, 1993), pero la más común ha sido con el cluster C del DSM-III-R, en especial el tp. evitativo(29%)(pero no diferían en la tasa de tp. en relación con los no tpd.(Phillips et al, 1992). En nuestro estudio sí vemos esa diferencia de tp evitativo en distimia y tpd, aunque no significativa.

Además, el tp. esquizotípico se ha asociado con la esquizofrenia (Jackson, 1991) y dentro del grupo A, con: la distimia, fobia social, agorafobia (Alnaes, 1988) y la psicosis (Fabrega, 1991). Observamos en el **tpd**: correlación con tp pasivo-agresivo, borderline, paranoide, depresivo, antisocial, ingresos y trastorno por estrés posttraumático; el factor que aglutina lo paranoide, narcisista y antisocial es más bien negativo con lo esquizotípico en el tpd. Es específico de este tpd, la asociación con tp esquizoide y/o esquizotípico (según comprobamos en este estudio). En la **distimia** vemos el tp esquizotípico con: energía y afabilidad superiores, tesón normal, fratria el menor y estado civil separados.

Curiosamente, la asociación **distimia más tpd** resulta en el componente: tp. esquizotípico, tpept y bipolar (el cual no se daba por separado).

En estudios de distímicos puros se ha observado mayor comorbilidad con : tp evitativo, autoderrotista, dependiente y borderline (Markowitz et al, 1992).

En un estudio a largo plazo de tp severos, con entrevista estructurada, se encontraron las siguientes asociaciones de tp: histriónico-borderline, histriónico-narcisista, narcisista-antisocial, narcisista-pasivo-agresivo, evitativo-esquizotípico y evitativo-dependiente (Oldham et al, 1992). Coincidimos en la mayoría, sobre todo para la muestra distímica y la asociada. No concordamos

en la asociación evitativo-esquizotípico. , tal vez porque estos pacientes sean más graves que los nuestros. No obstante, la comorbilidad es común en muestras clínicas y no clínicas (Dowson, 1992).

Se ha visto una asociación del tpept con diversos tp: borderline, obsesivo-compulsivo, evitativo, paranoide (Southwick et al,1993); o con: pasivo-agresivo, esquizoide, evitativo y borderline (Sherwood et al, 1990). Pero no son muestras de pacientes depresivos exclusivamente. Nosotros encontramos una asociación del tpept con: la muestra asociada (con tp esquizotípico), con el tpd (esquizotípico, paranoide, pasivo-agresivo y autoderrotista) y en la distimia (borderline, esquizoide, antisocial, dependiente y narcisista).

La relación del sexo y tp se ha estudiado en una muestra depresiva ambulatoria (con SCID-II y autocuestionario).. 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. (Carter et al, 1999). 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 (Vogt et al,1994). Nosotros encontramos relación de la distimia con enfermedades somáticas varias.

A pesar del solapamiento entre distimia y tpd., muchos seguimos pensando que son categorías distintas (Frances & Cooper,1981; Gunderson, 1983; Kernberg, 1988; Klein, 1990; Phillips et al,1990).

Muchos pacientes con tpd. no tienen el ánimo depresivo persistente y/o síntomas somáticos o vegetativos de la distimia (Goldstein & Anthony, 1988; Klein, 1990), y la distimia es muy heterogénea respecto a rasgos y t.p. (Akiskal, 1983; Pepper et al, 1995).

La asociación entre distimia y tpd. en diversos estudios ha sido siempre modesta (Kappa entre 0,22-0,42), algo mayor que entre tpd. y dm. a lo largo de la vida.(Hirschfeld & Holzer, 1994; Klein, 1990; Klein & Miller, 1993, Klein &

Shih, 1998). Existirá mayor solapamiento entre distimia de comienzo temprano y tpd. La asociación entre tpd. y distimia (sea la del tipo A del DSM-IV, o la del tipo B, con más síntomas cognitivos y social-motivacionales) se afecta más por cambios en el curso que en los síntomas o criterios. En nuestro estudio observamos una kappa de 0,622 al comparar la entrevista de Gunderson y el DSM-IV de tpd, en la muestra separada de distímicos y tpd.

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)(McLean & Woody,1995). Otros creen que no solo el tpd, sino también la depresión clínica, tienen alta AN y baja afectividad positiva (AP)(Clark et al,1994). Parece que lo más defendido sea que el tpd se caracteriza por baja AP y alta AN.(Shea & Hirschfeld, 1996, Klein, 1990; Phillips et al,1992), aunque no se sabe la magnitud de esa relación. Los criterios del DSM-IV de tpd. hacen más hincapie en la AN, que los criterios de Akiskal o de Gunderson.

El cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck et al,1985), con sus tipos de neuroticismo y extraversión, son fuertes marcadores de la AP y la AN. Basándose en los criterios de Akiskal, Klein et al. (1998) encuentran en 6 de los 7 criterios una asociación con el cuestionario de neuroticismo del EPQ, y 4 criterios con EPQ extraversión. Como el ítem “concienzudo y autodisciplinado” no se relacionaba con ninguno (Gunderson et al,1994; Klein,1990, Klein & Miller,1993), se ha omitido de los criterios de tpd. del DSM-IV. Tampoco se incluye en la entrevista de tpd. de Gunderson.

Pero el tpd. no solo se asocia a estas dimensiones de personalidad normal, también se relaciona con trastornos de ánimo en familiares y predice la severidad de los síntomas depresivos en 30 meses de seguimiento (Klein & Shih,1998).

La estabilidad del tpd. es un aspecto importante a la hora de categorizarlo como tp. En la literatura se ven cifras de: a los 6 meses, 0,41 (Klein,1990); al año, 0,41(Gunderson et al, 1994); a los 30 meses, el 67% de los pacientes tenían el

mismo diagnóstico (Klein y Shih,1998) y 0,51 la correlación intraclase entre grupos de rasgos de tpd. En nuestro estudio esta correlación era de 0,53 y alfa de 0,67 a los 2-3 años de reevaluación de los pacientes con tpd positiva.

Los pacientes depresivos recuperados no tienen menor número de rasgos de tpd. en la 2ª evaluación que los que todavía tienen síntomas depresivos en el seguimiento. A pesar de ello, las tasas de tpd. y el número de rasgos de tpd., disminuyen con el tiempo (Klein,1998). Después de más de 2 años, nosotros encontramos que un 61,5% de los entrevistados iniciales continúan siendo tpd. Como ya se ha dicho, el tpd se relaciona con un mayor nivel de síntomas depresivos y de depresión en 30 meses de seguimiento (Klein & Shih,1998). 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 (Tyrer & Seivewright, 1988) No está claro qué pasa con el tp evitativo. En 5 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 (Perry,1993).

En las formas menos severas de distimia predominan los síntomas depresivos emocionales-cognitivos y social-motivacional, sobre los neurovegetativos: tristeza y problemas de concentración /lasitud por un lado, y síntomas ansiosos (somáticos y psíquicos) (Serreti et al, 1999). Como síntomas cognitivos más característicos se han visto: baja autoestima y pobre concentración (Akiskal et al, 1980; Keller et al, 1995). Nosotros observamos más frecuencia de baja autoestima en el tpd (respecto a la distimia), y los únicos aspectos motivacionales que destacan en la distimia, y que no tiene diferencias con el tpd, son: autocrítico , moralista , y reactividad negativa, serio, abnegado y contradependiente.

La severidad de la distimia se verá afectada si se incluye (APA) o no (CIE-10) la depresión sobreimpuesta a este tipo de pacientes, o son distímicos puros, como en el 1º estudio citado (Serreti et al, 1999).

Los factores que resultan de este último (tristeza versus menor concentración y baja energía), aunque apuntan a una heterogeneidad de la distimia, tienen escasa varianza a su favor. Por ello, indican una relativamente baja correlación de estos síntomas con la distimia.

Los niveles de ansiedad altos encontrados en la distimia son difíciles de diferenciar de un trastorno de ansiedad comórbido (que es relativamente frecuente). Ansiedad y síntomas somáticos se solapan con fatiga crónica y con la neurastenia (Chrzanowski, 1966). En nuestro estudio, se ve mayor prevalencia de ansiedad y tpept solo en la muestra asociada (distimia más tpd).

Se discute si la distimia de comienzo temprano se relaciona más con la depresión doble (Klein et al, 1988), o es más representativa de la distimia (Akiskal et al, 1980), o más homogénea (Klein et al, 1988), o tiene diferentes mecanismos de afrontamiento (McCullough et al, 1990) o parámetros neuroendocrinos (Szadóczky et al, 1994).

Otros autores intentan diferenciar la distimia y tpd. a través de análisis estadísticos, pero sin importar que sea estudio longitudinal ni la ausencia de estado depresivo simultánea (Bagby y Ryder, 1999). En una muestra ambulatoria de pacientes depresivos y con escalas adecuadas, realizan análisis de cluster, factorial y diagnóstico retroactivo. Encuentran 2 clusters y factores diferenciados, aunque en el 95% del tpd. son distímicos, y abogan por la inclusión del tpd. como una subcategoría de la distimia, dada la gran comorbilidad entre ambos constructos. En el análisis de clusters y factorial encuentran dos grupos: el de **tpd.**, con rasgos de su escala más uno distímico (“baja autoestima”), mientras que en el **distímico**: síntomas propios más dos rasgos de tpd. (“ánimo habitual con desaliento” y “pesimismo” y “negativo y crítico hacia los demás”). Pesimismo y sentimientos de desesperanza se incluyen en los dos subgrupos. Estos autores proponen una reasignación de rasgos y síntomas entre distimia y tpd. para que sean trastornos más fácilmente distinguibles: baja autoestima pasaría a tpd., y los criterios: “ánimo decaído, y , negativismo”, lo haría de tpd. a distimia. Así se

reduciría la comorbilidad, ya que los síntomas psicológicos de la distimia (baja autoestima y sentimientos de desesperanza) son muy frecuentes en el tpd., con lo que, según estos autores, tendería a aumentar la proporción de distímicos.

Coincidimos con el estudio previo en que la baja autoestima es más significativo del tpd y que negativismo es más propio de la distimia.

Obtenemos parecidos resultados aunque la metodología nuestra es distinta. Si es longitudinal y separa el estado depresivo de la evaluación. Además, obtenemos una menor asociación de tpd y distimia: 44,64% de los tpd tienen distimia, y el 56,81% de los distímicos tienen tpd.

También es verdad que nosotros utilizamos un umbral diagnóstico más bajo para el tpd (el recomendado por los autores de la escala últimamente) de mayor o igual a 32. Bagby et al (1999), usan el umbral de mayor o igual de 37. Si utilizáramos nosotros ese umbral aumentarían algo las cifras, aunque sin llegar a tanto solapamiento: 53,57% de los tpd serían distímicos, y un 44,11% de estos serían tpd. Se puede interpretar que cifras tan abultadas como las que presentan en comorbilidad se debe a la simultaneidad del episodio depresivo, a pesar de sus disquisiciones en contra de ello. Nuestros resultados si coinciden con otros, en los que se da una comorbilidad entre el 19-60%:

Klein (1990) vió que un 49% de los tpd. tenían distimia, y un 44% de estos padecían tpd.; otros autores (Phillips et al,1995) vieron un 35% de distímicos en tpd. En el estudio de campo del DSM-IV (Hirschfeld y Holzer,1994), el 58% de los distímicos tienen tpd., mientras que el 51% de los tpd. tenían distimia. Varían las cifras desde: un 35 a 80% de tpd. que también son distímicos, y un 62-73% de distímicos que también son tpd.(Klein y Shih,1998; Lyoo et al,1998; Phillips et al,1998). En muestras no clínicas descienden las cifras: un 19% de tpd. tenían distimia, y de estos un 78% tenían tpd.(Klein y Miller,1993).

El enfoque del estudio en el curso y severidad depresiva puede hacer variar el

grado de comorbilidad, respecto al que se fija más en el solapamiento transversal síntoma/rasgo, sin distinguir el estado depresivo. En pacientes depresivos crónicos es factible de observar la duración de los trastornos mejor que en el depresivo agudo. Muestras comunitarias y en población médica general, así como estudios de tratamiento y respuesta a él, ayudarán a mejorar el diagnóstico diferencial.

Pero la muestra de tpd. puros en este estudio (Bagby et al,1999) es muy limitada, por lo que será menos fiable a nivel estadístico.

El análisis de fiabilidad de la escala de personalidad depresiva coincide con otros autores: "autoconcepto de inadecuación"(alfa 0,82), "tendencia a sentirse culpable o con remordimientos"(0,79), "crítico, culpabilizante"(0,78), "negativista"(0,71) (Bagby y Ryder,1999). Observan estos autores una semejanza entre los ítems "pesimismo" del tpd. y "desesperanza" de la distimia.

Si nos fijamos en lo dimensional, los siguientes ítems de la escala depresiva son rasgos independientes de la depresión actual y de los síntomas subclínicos: **baja autoestima, sentirse sobrecargado, contradependencia y autocrítica** (Hartlage et al,1998). Parecen ser componentes de rasgo y además factores de riesgo para la depresión. En estudios longitudinales se observan si son predisponentes al 1º episodio depresivo o complicaciones de episodios que son susceptibles para nuevas recurrencias depresivas.

Se hace necesario que los rasgos de personalidad depresiva sean parcialmente independientes de la depresión, si queremos introducirlo como trastorno del eje II. Es el caso de los ítems "pesimismo, remordimientos", que están incluidos en el DSM-IV, y son concomitantes de la depresión (Hartlage,1998). Deben ser rasgos de personalidad que distingan de los depresivos.

Lyoo et al.(1998) observó que los pacientes con tpd tenían una mayor puntuación en evitación de daño, independientemente del estado depresivo, que los que no tenían tpd.. Como es sabido (Cloninger,1987), esta dimensión

o temperamento se correlaciona con: una disposición temerosa, tendencia a ser prevenido, tenso, aprehensivo, pesimista y fácilmente fatigado.

En nuestro estudio también vemos estos items como específicos, y además observamos una significación que los diferencia de la distimia en los siguientes: triste, pesimista, baja autoestima, preocupado, dificultad para divertirse, remordimientos, poco ambicioso, reactividad negativa, crítico de los demás.. En menor medida, dependiente, pasivo. No observamos la especificidad de los items del estudio de Hartlage (1998): sentirse sobrecargado, contradependencia, autocrítica y baja autoestima. Únicamente este último, pero los otros 3 no diferencian en nuestro estudio tpd de distimia. Es más, en esta destaca una alta proporción de “contradependiente” y de “sentirse sobrecargado”.

El diagnóstico de tpd. como el número de rasgos de tpd, se asocia positivamente con neuroticismo y negativamente con extraversión (Klein y Shih, 1998).. La misma asociación previa se veía en los siguientes items de la entrevista de t. personalidad depresiva: “ tranquilo, pasivo y no asertivo”; “ triste, pesimista, incapaz de alegrarse”; “ rumiativo, dado a preocuparse”. Lo mismo para el item: “ preocupado por la inadecuación, fallos y eventos negativos”.

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 (Serretti et al, 1999). En nuestro estudio también vemos una correlación negativa de los distímicos puros con los intentos de suicidio.

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 .

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) (Serretti et al, 1999).

Akiskal (1996) 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 (Akiskal, 1997):

El hecho de que en estudios familiares (Klein, 1995) se vean en los distímicos más AF de distimia y tpd que en d.m.; y que la distimia precoz se asocie más a tp. que la d.m. (Pepper, 1995), 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. Las distimias subafectivas de Akiskal tenían más AF de depresión, y el tipo del espectro del carácter más AF de dependencia alcohólica.

Los hallazgos biológicos de la distimia son contradictorios (aumentan el binding 5-HT₂, y reducen el de la imipramina,...). La respuesta terapéutica a la distimia también es heterogénea: desde placebo hasta tratamientos bien pautados de tipo antidepresivo.

Menchón et al (2000) postulan que un tp. subyace como generador de patología en la distimia, y solo un subgrupo pequeño de esta tiene base afectiva biológica. Opinan estos autores que el tp. no tiene que ser solo del tipo B, y que los síntomas ansiosos y depresivos destacan sobre un conflicto crónico y fracaso existencial permanente.

Se ha comprobado la concordancia entre estudios de distímicos, depresivos crónicos y depresiones dobles, en lo que se refiere a la edad de comienzo del trastorno (Klein et al ,1999). A pesar de ser más frecuentes los de comienzo tardío, los otros tienen mayor comorbilidad y un curso más maligno: episodio inicial depresivo más prolongado, más recurrencias depresivas, más

posibilidad de hospitalización, más tp. comórbidos, más trastornos por uso de sustancias a lo largo de la vida, más rasgos y trastornos de personalidad depresiva. El sexo femenino, con menor nivel de estudios y socioeconómico también tiene tendencia a diferenciarse.

Pero, en contra de lo que pudiera pensarse, no se han visto diferencias en severidad sintomática, ajuste social y respuesta al tratamiento, según que el comienzo sea precoz o tardío. Se puede decir, por tanto, que la edad de comienzo juega un papel similar en la depresión mayor crónica y en la distimia o depresión doble. Tal vez, la diferenciación de la DSM-IV sería más ajustada a la clínica, en la edad de comienzo, de la distimia o la depresión crónica (comienzo insidioso o agudo), ya que muchas de las distimias se convierten en depresión doble.

Por otra parte, la edad de comienzo de la dm. más temprana, también tiene mayor comorbilidad (Rohde et al,1991; Fava et al,1996; Kash et al,1996), mayor carga familiar de trastornos afectivos (Weissman et al,1984; Rice et al,1987). Además también se ha encontrado un mayor condicionante genético en d.m de comienzo temprano (Lyons et al,1998).

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 (Klein et al,1999). En nuestro estudio no hemos introducido esta variable, no obstante, sí observamos una población más joven en tpd que en distimia.

En estudios previos, se ha visto alta concordancia en pacientes con tpd., aunque se hayan utilizados escalas diagnósticas distintas: criterios propuestos del DSM-IV (Hirschfeld, 1994), criterios propuestos por Akiskal (1983) o según la entrevista diagnóstica para personalidad depresiva de Gunderson (1994).

Siguiendo los modelos dimensionales de Cloninger y Costa y McCrae, y utilizando la entrevista de tpd de este trabajo (Gunderson, 1994), se encontró que el tpd se caracterizaba por: evitación de daño y neuroticismo altos, y puntuación baja en búsqueda de novedades y extroversión (Lyo et al, 1998).

También, en poblaciones no clínicas, y utilizando los criterios de Akiskal, se observó la no concordancia de distimia y tpd. La mayoría de estos no tenían antecedentes de d.m. (Klein et al, 1993).

Van Fraag (1996) define una “ SeCA depression”: baja tolerancia del individuo ante ciertos acontecimientos vitales traumáticos, disfunción en la estructura de la personalidad con “carácter neurótico”, ansiedad y agresión como inicio de episodio depresivo.

Parker (1999) postula la existencia de 2 clusters en depresiones no melancólicas: ansiedad e irritabilidad: 2 clusters de un posible trastorno espectral: ciertos rasgos o variables de personalidad se activan en estados más manifiestos cuando el individuo se deprime. El estudio (Parker, 1999) confirma la separación de subgrupos no melancólicos (ansioso y hostil) según rasgos clínicos solamente, y no por variables independientes sociodemográficas y de personalidad.

Apoya el concepto de **trastornos del espectro para dos subgrupos (ansioso e irritable)**, con procesos neurobiológicos que se expresan a nivel de temperamento o personalidad y presumiblemente moldeando cualquier expresión sintomática de algunos trastornos no melancólicos.

Van Praag (1996) aboga por el concepto de **verticalización: proceso definido en parte como agrupamiento de síntomas de acuerdo con su relación con procesos patofisiológicos subyacentes al estado psicopatológico.**

Cassano (1997) se define por el **spectrum**: un continuum entre los rasgos nucleares de cada trastorno y los prodromos y expresiones psicopatológicas subclínicas y atípicas asociadas.

Luego el **continuum** incluye:

- síntomas. típicos y atípicos del trastorno del eje I primario.
- modelos conductuales y otros rasgos relacionados con los síntomas nucleares, que pueden ser: o prodrómicos, o estados precursores o secuelas de un trastorno expresado previamente.
- rasgos de personalidad o temperamentales.

Insinúa este modelo un sustrato neurobiológico específico subyacente, que impulsa componentes: temperamentales, estados subclínicos o precursores y expresiones sintomáticas de los trastornos del eje I. El manejo clínico también ha de ser diferente del espectro (Casano; Akiskal) y sus subtipos de trastornos depresivos caracterológicos; el espectro del carácter, sin respuesta a fármacos; y la distimia subafectiva, que sí responde a ellos.

El tpd. permanecería en el extremo medio de un continuum de condiciones depresivas, y el trastorno distímico y trastorno depresivo mayor como la forma más severa de ese continuum (Klein & Shih, 1998). Pero donde encasillar al tpd., ¿como trastorno del ánimo en el eje I, o como tp. en el eje II?. ¿cómo se haría la distinción entre estos 2 ejes?

El modelo espectral tampoco está claro. Si la distimia de comienzo temprano, o el tpd., o tp. esquizotípico o evitativo ¿son tp (tienen comienzo temprano y curso crónico) o mejor pertenecen al eje I (fenomenológicamente y su desarrollo del mismo proceso etiológico)?. Widiger (1989) ve muy simplista la dicotomía del espectro tp-trastorno del ánimo. Mejor vería el tpd como: *una variante caracterológica a lo largo de un espectro de condiciones depresivas.*

La utilidad del modelo del espectro consiste en que tiene: diferentes trayectorias naturalísticas y de tratamiento; diferentes mecanismos neurobiológicos y opciones clínicas específicas.

Pero ¿qué *marcadores* definen en el espectro síntomas, trastorno del funcionamiento de personalidad y temperamento?

Incluir el tpd dentro del espectro depresivo se corrobora al comprobar los estudios familiares. Los parientes de tpd. tienen los mismos trastornos

afectivos que los de d.m.(Phillips et al, 1990). Otros autores también abogan por esta teoría del espectro depresivo: tpd, distimia (temprana a tardía) y d.m.(Pepper et al, 1995).

La relación entre la disregulación afectiva del temperamento premórbido y la cronicidad, ha sido desde mucho tiempo un factor de interés. La inclusión de esas patologías temperamentales entre el espectro de trastornos afectivos, tiene un creciente interés, por las implicaciones en su diagnóstico y pronóstico (Cassano & Savino. 1997).

Examinar la estructura factorial de los trastornos mentales como un método diagnóstico clínico, con toda la información disponible, podría ser una meta importante de investigación futura . Krueger (1999) lo intenta a través de una muestra grande, con entrevistas clínicas estructuradas, e incluyendo 10 trastornos mentales. Encuentra 2 factores: uno que denomina internalizador, con ansiedad y tristeza duraderas, y evitación fóbica de los demás y del mundo externo; y otro factor externalizante, con conductas antisociales (t.p. antisocial) y estilos de vida (abuso y dependencia de drogas). La maladaptación funcional puede implicarse interna o externamente, según el factor predominante. También se observa una asociación positiva entre comorbilidad y severidad de la disfunción psicopatológica; la severidad de un trastorno no solo predice su intensidad y duración, sino también la probabilidad de incluir criterios de otros trastornos.

Si múltiples trastornos mentales son indicativos de un nº finito de factores latentes, continuos, esos trastornos mentales deberían estar correlacionados; serían comórbidos (Krueger, 1999).

Respecto al tratamiento, también tendría aplicación este modelo: los ISRS pueden ser efectivos en tratar todas estas patologías (ansiedad-depresión) porque influyen en un proceso nuclear internalizante (quizás, el rasgo de personalidad neuroticismo o emocionalidad negativa).

También compartirían estos factores la etiología genética: comparten varianza genética, tanto el trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad

generalizada, como el tp. antisocial y el trastorno por abuso de sustancias. Por todo ello, según el mismo autor, la epidemiología psiquiátrica, psicofarmacología y genética psiquiátrica apoyan la utilidad de este modelo: el estudio de trastornos mentales según sus substratos comunes (dimensiones de alto nivel internalizante y externalizante).

Los resultados de nuestro estudio se pueden apoyar en parte en ese modelo: vemos más comorbilidad en el tpd que en la distimia: en la 1ª con los tp A, B y C, y la distimia más con los tipos A y B. En el tpd también observamos más correlación con episodios depresivos múltiples previos. Los dos constructos comparten la frecuente asociación de los grupos B + C. Tyrer (1996) propuso una clasificación de tp basada en la severidad, cuya importancia ha sido demostrada por más autores (Kass et al,1985; Oldham,et al,1992; Dolan et al,1995). Tener un mayor número de tp y ser de distinto grupo (A, B o C, del DSM-IV, por ejemplo) supone una tendencia a incrementar la severidad del tp. Se rescata de la nomenclatura del ICD-10 la acentuación de la personalidad, o dificultad de la personalidad, como nivel subumbral de personalidad, que hace más vulnerables a los estreses a los pacientes.

Rutter (1987) refiere que la mayoría de pacientes con tp clínicamente significativos tienen una mezcla variable de tp antisocial, borderline, histriónico y narcisista. Nosotros observamos esta comorbilidad en la muestra distímica (histriónico y narcisista) y en la asociada (distimia más tpd) en parte.

Otros autores relacionan la severidad de los tp con la asociación con otros tp: depresivos, autolesiones, estados de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la alimentación (Higgit & Fonagy, 1992). En nuestro estudio, como ya se ha mencionado, observamos una asociación del tpd con más de 3 episodios depresivos, y de la distimia con depresión doble (más de un episodio depresivo y distimia). El abuso de sustancias, por exclusión, y los trastornos de alimentación, por escasa presentación en la muestra, no nos sirven de comparación. Los trastornos de ansiedad si están presentes, aunque esta variable no se ha investigado en esta tesis.

Si hiciéramos una abstracción de tanta literatura sobre este tema, y tan poco acuerdo, tal vez nos podríamos quedar con estos nombres que se parezcan algo al tpd: **depresión caracterológica** (Akiskal et al.1978), **trastorno del espectro afectivo** (Widiger et al.1989) o **síndrome general neurótico** (Tyler, 1992).

Merece la pena reflexionar sobre el siguiente párrafo de uno de los equipos punteros defensores del tpd (Hirschfeld et al.1989):

“... Esto apunta a la difícil cuestión de qué significa realmente premorbididad. Dado que los estados subsindrómicos son probables a ser de larga duración, ¿cómo pueden estos estados separarse conceptual y operacionalmente de las anormalidades de la personalidad ?.¿ Tienen los individuos rasgos de personalidad anormales (quizás, trastornos de personalidad), o tienen estados afectivos crónicos (subsindrómicos)? ¿Hay alguna diferencia ? En este punto no tenemos respuesta a estos problemas controvertidos.”.

Sigue siendo difícil hoy en día ver el grado de secuelas o efectos escara de la depresión previa, en contraposición con el efecto previo de la personalidad premórbida (con más neuroticismo) sobre el estado depresivo.

Judd y Akiskal (2000), en un estudio longitudinal de pacientes depresivos, siguen abogando por el modelo espectral, pero dentro de lo afectivo. Observan con métodos epidemiológicos y polisomnográficos, que el curso de la dm. es un continuum en el que varía la severidad sintomática. Muchas veces veremos distimia, o depresión menor, o trastornos depresivos subumbral en el transcurso de los años. Observan que los síntomas residuales depresivos propician una recaída más temprana y mayor cronicidad del trastorno. Además , a mayor severidad depresiva, mayor deterioro psicosocial.

En un estudio ambulatorio prospectivo de 6 años, Alnaes et al (1997), encontraron que: los tp. borderline y rasgos dependientes de personalidad predecían recaídas de d.m., y que los tp. borderline y evitativo predecían el desarrollo de nuevos casos de d.m.. Hipotetizaban estos autores que “ la existencia de tp. dirigía a acontecimientos vitales negativos , los cuales contribuirían al desarrollo de depresión en individuos con tp., debido a sus

desfavorables estilos de afrontamiento”.

Phillips et al. (1990) consideraron que el tipo de tpd se diferencia de la distimia por diversos motivos: el tpd debe tener un inicio temprano (lo que no es requerido para la distimia) y se caracteriza por ser más de tipo rasgo que estado. Más estable, durable y resistente al cambio y al tiempo que los síntomas distímicos. Los cambios inducidos por la medicación en el tpd. no son tan rápidos y dramáticos, ni afectan todos los dominios del tp (ej. conductas, relaciones, cogniciones y auto- concepto). Esta autora también sugiere que la psicopatología central de la personalidad depresiva puede ser primariamente cognitiva, mientras que la distimia es más afectiva y vegetativa.

Hay autores que postulan una configuración estado- rasgo, en la que el estado sería el episodio depresivo mayor y el rasgo la distimia. Sería como otra alternativa al debate entre las relaciones entre la expresión episódica caracterológica de la depresión. Así, la distimia (y no el tpd) representaría el extremo patológico de la dimensión normal de personalidad depresiva o neuroticismo (McLean et al,1995). Vemos que no sacarían de la normalidad a la pd, y donde nosotros vemos a ésta dentro del espectro dimensional, ellos colocarían a la distimia.

Se postula la dificultad de diferenciar lo que son rasgos de personalidad y síntomas afectivos menores duraderos. Klein et al(1993) proponen cambiar el **foco del contenido al proceso**: desarrollar conceptos del ánimo como regulación o descontrol afectivo, permanencia o cronicidad del afecto; y otros conceptos relacionados con la personalidad: motivos, congruencia de necesidades, calidad de las defensas o de los coping, en relación con las metas; y la función y/o organización de las percepciones del self y los procesos cognitivos. Buscar una mayor diferenciación de los componentes claves de la personalidad (en categorías afectivas y no afectivas); y también mejor diferenciación de los síntomas afectivos: su función adaptativa (Kupfer et al,1989), **contexto transaccional** (Wiener,1989), y/o su modo de expresión.

Como ya se ha dicho, se hace necesario que los rasgos de personalidad depresiva sean parcialmente independientes de la depresión, si queremos introducirlo como trastorno del eje II. Es el caso de los items “pesimismo, remordimientos”, que están incluidos en el DSM-IV, y son concomitantes de la depresión (Hartlage,1998). Deben ser rasgos de personalidad que distingan depresivos en remisión de la normalidad, y que no requieran un estado depresivo para manifestarse. La reactividad negativa, remordimientos y ser abnegado, por ejemplo, diferencia pacientes depresivos antiguos de nunca deprimidos, por lo que pueden ser más rasgos que concomitantes depresivos (Hartlage et al,1998). Concordamos con Phillips et al.(1995), los que realizaron el estudio de campo del DSM-IV , en la posibilidad de añadir más items a los criterios operativos del apéndice para tpd:

- “es tranquilo, introvertido, pasivo y no asertivo”, dado que así lo hemos encontrado en nuestro estudio. También es defendido por otros autores (Schneider,1923; Berliner, 1966; Laughlin, 1967; Akiskal, 1989; Simons, 1986).
- añadir al item 5ª del DSM-IV (“es negativista, critico y juicioso hacia los demás”) lo siguiente: “aunque tales pensamientos son difíciles de expresar a menudo y los guardan para sí mismos”. Esta modificación es compartida por otros autores (Laughlin, 1967; Kernberg, 1987; Berliner, 1966; Kahn, 1975).

El sesgo de la cronicidad de la depresión a la hora de valorar el componente rasgo del estado en la personalidad depresiva, ha de tenerse en cuenta.

Nos importa la validación externa de estrategias tales como: el curso de la enfermedad, la historia familiar, los marcadores biológicos y la disección farmacológica (Howland & Thase. 1991, Akiskal. 1996a; Akiskal. 1996b)

En definitiva, al investigar la **personalidad**, debemos fijarnos en: temperamento, regulación del afecto, variables interpersonales, cognitivas o procesos de autoconcepto.

Y si estudiamos la **depresión**: separar síntomas vegetativos o conductuales, de los englobados en procesos interpersonales, cognitivos o trastornos del autoconcepto.

La personalidad depresiva y la distimia son construcciones que se superponen, pero que no son isomórficas. El tpd no está completamente absorbida por las categorías de trastornos del ánimo. El tpd es algo distinto de la distimia y de la dm, pero tiene fuertes lazos familiares con los trastornos afectivos mayores. Estas conclusiones sugieren la necesidad de revisión de la nomenclatura corriente. Las soluciones posibles serían:

1. Agregar una nueva categoría de trastorno de personalidad depresiva;
2. Ampliar el criterio de distimia para incluir pacientes con personalidad depresiva.

En el apéndice del DSM-IV se aboga por este último criterio al proponer para la distimia más variables cognitivas e interpersonales: pesimismo, aislamiento social, culpa, rumiación, irritabilidad. Estas variables también están incluidas en la definición de distimia de la ICD-10.

Hay también propuestas de ampliar el criterio A de la distimia (ánimo depresivo la mayoría de los días durante 2 años...) para incluir la anhedonia o pérdida de interés o placer, que es más visto en los hombres (Klein, 1990).

3. Incluir el modelo dimensional o de espectro afectivo: el tpd y la distimia son constructos relacionados, que están en un espectro uno con otro; el tpd es una variante de trastornos afectivos del eje I, pero en forma de rasgo caracterológico-temperamental; la cual se relaciona y puede predisponer a los trastornos afectivos del eje I. Esta relación espectral sería similar a la que se da entre esquizofrenia y tp esquizotípico, y trastornos de ansiedad y la inhibición conductual. Apoyarían este modelo los estudios familiares que relacionan tpd y distimia.

¿cómo diferenciarlo del espectro depresivo crónico?, ¿cuales son las dimensiones subyacentes psicopatológicas y neurobiológicas? La baja afectividad positiva y alta negativa, que proponen Watson y Clark (1995) para el tpd, no se distingue de algunos trastornos de ansiedad crónicos (tp evitativa, fobia social) (Burns & Eidelson, 1998).

Davidson (1992) hipotetiza que la diátesis para la depresión se deriva de un temperamento basado en una conducta de acercamiento (approach behavior) de bajo nivel, que se correspondería con la relativa hipoactivación frontal. Nos recuerda al déficit central de la conducta apetitiva o de deseo (appetitive behavior) que sugiere Klein (1987).

El neuroticismo es aceptado universalmente como una dimensión básica de personalidad (John, 1990). Como hemos visto, diversos autores han demostrado su relación con tpd: en el big-five (Goldberg,1980), Eysenck y su factor neuroticismo (1986) y la dimensión de la afectividad negativa de Watson y Clark (1984). Dado el gran solapamiento entre tpd y tp del grupo C (Phillips et al, 1992; resultados de esta tesis), no está claro si el constructo de tpd sea simplemente una representación clínica del neuroticismo.

Se ha postulado que el tpd sea como un constructo formado por un conjunto de: neuroticismo (rasgo de estar preocupado, triste, tenso, culpable), más *emocionalidad negativa e incapacidad de experimentar emociones positivas*. Rasgos como, "crítico de los demás o de sí mismo, amargado, moralista, introvertido", se asocian con deterioro, historia familiar de depresión, más específicos de tpd. El tp borderline o dependiente se asociará más con depresiones con relaciones de dependencia interpersonal; el tp evitativo y obsesivo-compulsivo con rasgos autocríticos y no tan interpersonales.

El hecho de que se hayan encontrado otros tp en la distimia (histriónico, narcisista, antisocial) aparte de los que se solapan, nos puede hacer pensar en su parecido con los tp que se ven en los trastornos bipolares. Se parecerían más a los temperamentos hipertímicos, irritables y ciclotímicos de Akiskal, y a la emocionalidad positiva o extraversión. Aunque en nuestro estudio no hayamos incluido los bipolares, coincidimos con los tp de otros estudios. Distintos modelos de tp se asocian con distintos tipos de trastornos del ánimo, con lo que se podrían considerar como marcadores de vulnerabilidad (Gunderson et al,1999). De nuevo se sustenta la interrelación y difícil separación de trastornos del eje I y II. Como si las fuentes genéticas de los trastornos del eje I se

entendieran mejor por su expresión fenotípica de rasgos de personalidad más duraderos.

La distimia y el tpd no serían exclusivas mutuamente en el modelo espectral, sino que su comorbilidad sería lo normal. Pero esto no implica que el concepto se invalide.

Klein (1990) sin embargo ha informado que solo hay una modesta superposición (30%) entre sujetos cuidadosamente diagnosticados y que presentan un tpd o una distimia. Ese autor encuentra algunas diferencias entre los sujetos con tpd pura (p. Ej. Sexo masculino, síntomas medianos de depresión, menos trastornos bipolares en familiares) y aquellos con distimia.

Esto sugiere que el tpd puede ser un constructo verdadero y válido y/o un subtipo, en el que los síntomas están crónicamente asociados con rasgos de personalidad, determinados temperamentalmente.

La noción de tpd (o personalidad depresiva), puede muy bien ser representada como el cruce de caminos entre la personalidad y la depresión, donde el constructo de personalidad y el de depresión están esencialmente unidos dentro de una entidad clínica y conceptual. El humor depresivo o los rasgos, son representados como rasgos crónicos, estables de la personalidad; esto significa que la estructura del carácter es depresiva.

Klein también lo sustenta, y afirma que puede ser útil extender el concepto de espectro afectivo para que incluya condiciones menos sintomáticas y más basadas en rasgos, como el tpd., particularmente en estudios de alto riesgo genéticos/familiares para el cuadro.

Hoy por hoy no se discuten los criterios básicos que den validez a los diagnósticos de trastornos psíquicos (Robins, 1970): la fenomenología clínica, genética, curso y respuesta al tratamiento del trastorno.

Hemos investigado en esta tesis doctoral la clínica y el curso. La genética, sólo indirectamente, a través de la psicopatología familiar.

A través de estudios longitudinales (Pine et al, 1998), se ha comprobado la asociación de los trastornos depresivos y ansiosos en adolescentes, con

episodios recurrentes en la edad adulta temprana. La mayoría de los trastornos depresivos y ansiosos de los adultos jóvenes, pueden estar precedidos de esos mismos trastornos en la adolescencia.

Se han propuesto varios modelos teóricos para explicar la comorbilidad o coexistencia de trastornos del Eje I y II al mismo tiempo (Lyons et al, 1997). Se basan en la etiología, patofisiología y la clínica de los tp. y trastornos del Eje I.

Creemos que el modelo " espectro de severidad ", donde ponen el ejemplo del tp. esquizotípico y la esquizofrenia; y el modelo " factor de riesgo, o , predisposición, o diátesis ", en que relacionan el tp. dependiente y la depresión mayor, son los dos que más se adaptan a la relación entre el tpd. y la dm..

El primero de ellos, el espectro de severidad, se refiere a la diferencia cuantitativa, de mayor vulnerabilidad en el nivel etiológico, y gravedad en el patofisiológico. El individuo con mayor gravedad y severidad, tendrá más síntomas (p.e., esquizofrenia), que el de menor gravedad (p.e., t.p. esquizotípico). Además, los familiares de primer grado tendrán un riesgo mayor de tener los dos trastornos, que los familiares del cuadro menos severo (t.p. esquizotípico). Sugieren los autores, que los pacientes con los dos trastornos tienen mayores niveles de vulnerabilidad. Aún así, otros consideran los tp esquizotípico como pródromos o síntomas residuales de la esquizofrenia.

Una variación de este modelo sería la dimensión cualitativa, las diferencias en la vulnerabilidad y flexibilidad (o no rigidez) individual, que determinaría el desarrollo de los síntomas: p. e., el trauma como determinante del tp. borderline y del trastorno por estrés posttraumático; ambos se incluirían en el espectro de psicopatología derivada del trauma, pero sin una misma dimensión de severidad.

El modelo predisposicional o de riesgo se refiere al aumento de posibilidades que un individuo tenga un trastorno del Eje I, si tiene de base otro del Eje II (p. e., el tp. dependiente y la dm.). Aunque sus etiologías y patofisiologías sean distintas, la predisposición del tp. (a través de una mayor probabilidad de estresores psicosociales o por el aumento de la sensibilidad hacia ellos) favorece la implantación posterior en el tiempo de la depresión. Los familiares de los

pacientes depresivos no tendrían más posibilidad de tener un tp. dependiente, a no ser que también lo tuvieran los mismos pacientes.

El estudio de la comorbilidad entre los tp. y los del Eje I, ha de reunir una serie de condiciones:

- Preferible que sea prospectivo y no transversal;
- Determinar, a ser posible, datos etiológicos y patofisiológicos;
- Buscar psicopatología familiar (aspecto genético y ambiental);
- Detectar la clínica, no sólo los diagnósticos categoriales, sino también los rasgos dimensionales.

El objetivo de esta tesis era la diferenciación del tpd de la distimia, aún sabiendo que muchos autores lo descartan: por falta de diferenciación conceptual y empírica del tpd y distimia en los casos más patológicos, de distinción del temperamento normal en los menos patológicos, y en su falta de especificidad resultante (Ryder y Bagby,1999).

V- CONCLUSIONES:

1) Conclusiones:

1)

La distimia y el trastorno de personalidad depresiva (tpd) son constructos distintos. Se diferencian en la teoría o cuestiones conceptuales, y en la clínica (diagnóstico dimensional y comorbilidad).

2)

Aunque son frecuentes las coincidencias y solapamientos, no implica que sean lo mismo, sino que es muy frecuente que sean comórbidas. Obtenemos en ésta tesis que del tpd, el 44,6% eran distímicos; y de estos, el 56,8% también tenían tpd.

3)

La comorbilidad con otros tp, que suele indicar signo de severidad, se incrementa cuando se asocia el tpd a la distimia: tp pasivo-agresivo, evitativo, esquizoide, dependiente, depresivo, borderline, agresivo. La estabilidad emocional (cuestionario big-five) también se correlaciona más con la muestra asociada: control de emociones y control de impulsos inferiores a lo normal.

Son casi específicos dentro de la comorbilidad: con la distimia, el tp histriónico y algo menos el tp agresivo; y del tpd: el tp autodesvalorizado, depresivo y esquizoide (más con cuestionario mcmi-III), y algo menos el tp evitativo.

4)

Se da una alta tasa de comorbilidad con otros tp tanto en la distimia como en el tpd. En éste destacan la asociación de 3 tp del mismo grupo (sobre todo el C). En la distimia predominan sobre el tpd la asociación de 2 tp de grupos distintos (más el B y C), mayor frecuencia del tipo B y de la asociación A más B.

5)

Se han encontrado predictores específicos del **tpd**: factores que aglutinan:

- a) lo dependiente, depresivo, evitativo, autodestructivo, esquizoide, y borderline.
- b) borderline, autoderrotista, evitativo y esquizotípico.
- c) depresivo, esquizoide y sexo masculino.

Los intentos de suicidio son específicos del tpd en contraposición con la distimia.

Son predictores específicos de **distimia** (más en relación con el grupo B y A):

- a) narcisista, antisocial, esquizotípico y paranoide.
- b) obsesivo-compulsivo y evitativo.
- c) borderline, narcisista, paranoide y pasivo-agresivo.

6)

Según los subtipos de la escala depresiva, y en orden de menor a mayor gravedad, observamos las siguientes diferencias:

- cuanto más sacrificado: en tpd: más evitativo. En distimia: más borderline.
- cuanto más introvertido: en tpd: más esquizoide y dependiente. En distimia: más paranoide.
- cuanto más negativista: en tpd: más histriónico, borderline (y varón). En distimia: más esquizotípico.
- cuanto más pasivo: en tpd: más esquizoide y pasivo-agresivo. En distimia: más esquizoide y obsesivo-compulsivo.

Se da una correlación negativa dentro del tpd entre pasivo (el más estable en el tiempo, y asociado a introvertido en tpd) y negativista (más asociado con distimia, y con introvertido).

En el tpd destaca más la baja autoestima, y en la distimia el negativismo.

7)

A pesar de la alta frecuencia de comorbilidad del tp obsesivo-compulsivo con tpd y distimia, solo en esta destaca un factor predictor: en asociación con tp evitativo. Luego no parece oportuno incluir este componente en la definición y clínica del tpd. En este sentido, apoyamos la idea de otros autores de separar en un eje distinto del C el tp obsesivo-compulsivo.

8)

Se ha demostrado la fiabilidad y consistencia de la entrevista de trastorno de personalidad depresiva (Gunderson et al, 1994) (adaptada al castellano para la realización de ésta tesis) para detectar y clasificar este trastorno de personalidad. Tal vez sea necesario en estudios posteriores aumentar el punto de corte del diagnóstico positivo.

9)

A nivel dimensional, es necesario especificar los siguientes items, resultantes de la misma escala citada en el punto anterior. Estos items diferencian el tpd de la distimia:

- Triste, pesimista, baja autoestima, preocupado, dificultad para divertirse, remordimientos, poco ambicioso, reactividad negativa, crítico de los demás, dependiente, pasivo.

- tranquilo , introvertido, pasivo y no asertivo.

10)

Es necesario incluir este trastorno de personalidad como nuevo añadido a las clasificaciones actuales: sea como nuevo tp del eje II del DSM-IV; sea dentro del trastorno distímico en la CIE-10, pero con una clara diferenciación. Es discutible si esta fuera tan grande como separarse, dado que en el CIE-10 no se contempla la separación con los tp.

11)

Tal vez la cuestión anterior se solucionara con un nuevo abordaje los sistemas de clasificación. Los trastornos afectivos y el tpd incluidos en un espectro o continuum. En éste, el tpd estaría en un nivel bajo-medio-grave, según su severidad sintomática, curso y comorbilidad. La distimia también sería susceptible de evoluciones distintas y ocuparía su lugar en el espectro. En principio no está claro si antes o después del tpd: más grave que el tpd por su asociación con tp de otros grupos y severidad sintomática crónica. Pero también observamos que el tpd tiene más intentos de suicidio y antecedentes de episodios depresivos múltiples. La comorbilidad del tpd sería de menor gravedad, más con otros tp del grupo C..

12)

Al comprobarse en esta tesis doctoral la diferenciación de los constructos, no debe indicar que sea tan fácil: la muestra es algo pequeña (a pesar de que inicialmente fuera mucho más amplia, pero había que buscar el tpd puro), la literatura (también muy escasa en estudios bien hechos y en muestras prospectivas de tpd) es muy divergente y polémica. Creemos que lo importante es tener en mente delante del paciente: que éste puede ser distímico, puede tener tpd o ambas cosas; pero que estas entidades no son lo mismo. Ni el tratamiento ni el pronóstico coinciden, aunque no se incluye estas variables en el presente

trabajo.

2. INVESTIGACIÓN FUTURA :

1)

Será preciso la realización de más estudios para validación de la entrevista semiestructurada del tpd..

Se han criticado los análisis estadísticos tradicionales como causantes de la falta de acuerdo de las dimensiones de tp. La crítica es tanto para el modelo lineal general (no distribución normal de variables o no combinación aditiva lineal), como el utilizado en esta tesis, el análisis factorial: dimensiones ortogonales arbitrarias, dependencia del número de variables medidas, del valor absoluto de las intracorrelaciones y de la interpretación arbitraria de las cargas factoriales (Pukrop et al,1998).

Aparte de la entrevista de tpd utilizada aquí, existen otras:

- Inventario de trastorno de personalidad depresiva (DPDI) de Huprich et al. (1996): es un cuestionario de 41 items, con buena consistencia interna, y correcta validez de constructo relativa respecto a la escala de actitudes disfuncionales (DAS) y sobre el cuestionario de pensamientos automáticos-revisado (ATQ-R).

2)

Se realizarán más estudios longitudinales que confirmen la especificidad de determinados tp. con trastornos del Eje I; más entre los grupos o clusters (A, B y C) que dentro de ellos., ya que se da mucho solapamiento o comorbilidad. Los tp. como formas subsindrómicas crónicas específicas de algunos trastornos del Eje I; los rasgos de personalidad como nexos causales de la mayor vulnerabilidad a contraer trastornos psíquicos, o la existencia de factores etiológicos comunes entre trastornos comórbidos de los Ejes I y II,...., todas estas cuestiones se deberán investigar en adelante.

3)

Sustituir los sistemas de clasificación actuales de criterios operacionales , eliminando el eje II del DSM-IV, y en su lugar: dimensiones de personalidad de mayor o menor orden, según rasgos fiables (Livesley et al,1998); ó, a través de un modelo mixto dimensional y categorial sobre un continuum , reducir los tp a 4 categorías: A (extraño o excéntrico), B (extravagante o dramático), C (ansioso o temeroso) y personalidad obsesiva o anancástica.

Algunos autores proponen un continuum entre la personalidad normal y los tp, y entre la personalidad y trastornos clínicos que no tienen nada que ver con la patología del carácter (Clark y Watson,1999b). Propugna una taxonomía basada en la personalidad, en la que los trastornos se agrupan según sus dimensiones básicas subyacentes: ej. trastornos con neuroticismo extremos serían los que afectan al ánimo, ansiedad, somatización, tp borderline, evitativa y dependiente. Formarían la categoría de “trastornos del distrés”. Dentro de ella habría subgrupos con otras dimensiones (baja extraversión agruparía a depresión y tp evitativo).

Esta aproximación dimensional integrada de personalidad y psicopatología (Clark et al,1999b) se basaría en lo biológico, psicológico y social.

Un sistema de clasificación jerárquico o dimensional haría más fácil la separación del tpd del estado depresivo crónico o subclínico. Se escoja uno u otro modelo, lo que importa es identificar la personalidad como un componente separado de posible patología, independientemente de la evaluación del estado mental. Un análisis funcional de la personalidad y aproximación orientada hacia los problemas puede mejorar la identificación del trastorno. Evaluar los sentimientos, pensamientos y conducta, además de buscar el examen del estado mental y la patología de la personalidad (Gunn, 2000).

4)

Un solapamiento existente entre tpd y distimia dificulta la distinción cuatitativa, pero hay casos de tpd que no son distimia y los maldiagnosticamos como tales. No debemos confundir una disrregulación del ánimo, con una

patología en la manera de pensar, sentir y relacionarse con los demás, que también puede tener afectado el ánimo.

Si vemos en nuestra nosología otros cuadros mixtos (trastorno esquizoafectivo, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno por estrés posttraumático, trastorno conversivo, hipocondriasis), sin límites claros, no hemos de ocultar un tpd dentro de la distimia como si todo fuera distimia.

VI - BIBLIOGRAFÍA:

ABRAMS RC, ROSENDAHL E, CARD C, ALEXOPOULOS GS (1994) Personality disorder correlates of late and early onset depression. *J Am Geriatr Soc*, 42(7),727-31.

ABRAMSON LY, METALSKY GI & ALLOY LB (1989) Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96, 358-372.

AGBAYEWA MO (1996) Occurrence and effects of personality disorders in depression: are they the same in the old and young? *Can J Psychiatry*, 41(4):223-6.

AKISKAL H, DJENDEREDJIAN AH, ROSENTHAL RH et al. (1977) Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective disorder group. *Am J Psychiatry* 134: 1227-1233.

AKISKAL H, ROSENTHAL T, HAYKAL R, LEMMI H, ROSENTHAL R, SCOTT-SRAUSS A. (1980) Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating "subaffective dysthymias" from "character spectrum" disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 37, 777-783.

AKISKAL HS, BITAR AH, PUZANTIAN VR, ROSENTHAL TL & WALKER PW (1978) The nosological status of neurotic depression: A prospective three- to four year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Archives of General Psychiatry*, 35, 756-766.

AKISKAL HS, MALLYA G (1987) Criteria for the "soft" bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 68-73.

AKISKAL H, (1993) Dysthymic disorder. *Am. J. Psychiatry* 140, 11-20.

AKISKAL HS (1983) Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry*, 140, 11-20.

AKISKAL HS, (1990) Diagnosis and Classification of Affective Disorders: "New Insights

- from Clinical and Laboratory Approaches", *Psychiatric Development*, 2:123-160.
- AKISKAL HS, AKISKAL K (1992) Cyclothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders, in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol 11. Edited by Tasman A, Riba MB, Washington, DC, American Psychiatry Press, pp 43-62.
- AKISKAL H. (1996) Dysthymia as a temperamental variant of affective disorder. *Eur Psychiatry*; 11(suppl.3): 117-122.
- AKISKAL H (1985) Overview of chronic depressions and their clinical management. En Akiskal H, Arana GW, Baldessarini RJ, Ornstein M. The dexamethasone suppression test for diagnosis and prognosis in psychiatry. Commentary and review. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1193-1204.
- AKISKAL H. (1995) Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions pre-bipolar. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34,6; 754-763.
- AKISKAL, H.S. (1996a). Dysthymic and cyclothymic depressions: Therapeutic considerations. 146th Annual Meeting of the American Psychiatric Association: Depression: New subtypes and therapeutic challenges (1993, San Francisco, California).
- AKISKAL, H.S. (1996b). The temperamental borders of affective disorders. *Scandinavian Symposium: Borderline conditions* (1993, Copenhagen, Denmark).
- AKISKAL HS (1988) *Personality as a mediating variable in the pathogenesis of mood disorders: Implications for theory, research and prevention*. In . T. Helgason & RJ Daly (eds). *Depressive illness: prediction of course and outcome* (pp. 131-146). Berlin: Springer-Verlag.
- AKISKAL HS. (1989). Validating affective personality types. In: Robins L, Barrett J, editors. *The validity of psychiatric diagnosis*. New York.: Raven Press. p. 217-227.
- AKISKAL, H.S., & CASSANO, G.B. (1997). *Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York- London.
- ALDEN LE., BIELING PJ.(1996). Interpersonal Convergence of Personality Constructs in Dynamic and Cognitive Models of Depression *Journal of Research in Personality*, Vol. 30, No. 1, pp. 60-75.
- ALEXANDER F (1930) The neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 291-311.
- ALLOY LB, ABRAMSON LY (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L.B. Alloy (Ed). *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). New York: Guilford Press.
- ALNAES R, TORGENSEN S. (1988) The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an out-patient population. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 485-492.

- ALNAES R (1989): Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psych.Scand.*,79(4),363-369.
- ALNAES R, TORGERSEN S (1991). Personality and personality disorders among patients with various affective disorders. *J of Personal Disord.*, 5, 107-21.
- ALNAES R, TORGERSEN S. (1997) Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand.* ;95(4):336-42.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- ANDREWS B,& BROWN GW. (1993). Self-esteem and vulnerability to depression:The concurrent validity of interview and questionnaire measures. *Journal of Abnormal Psychology* 102, 565-572.
- ANDREWS G, POLLOCK C, STEWART G. (1989) The determination of defense style by questionnaire.*Arch Gen Psychiatry.*; 46(5):455-60.
- ANDREWS G, NEILSON M, HUNT C et al. (1990) Diagnosis, personality and the long-term outcome of depression. *Br J Psychiatry* 157: 13-18.
- ANGOLD A, COSTELLO EJ (1993) Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. (Review) *American Journal of Psychiatry* 150 (12), 1779-91.
- ARIETI S, & BEMPORAD J (1978) *Severe and mild depression*. New York: Basic Books.
- AXELROD SR, WIDIGER TA, TRULL TJ, CORBITT EM. (1997) Relations of five-factor model antagonism facets with personality disorder symptomatology. *J Pers Assess.*; 69(2):297-313.
- BAGBY RM, SEGAL Z, SCHULLER DR. (1995) Dependency, self-criticism and attributional style: a reexamination. *Br J Clin Psychol.*; 34 (Pt 1):82-4.
- BAGBY RM, RYDER AG. (1999). Diagnostic discriminability of dysthymia and depressive personality disorder. *Depression and Anxiety* 10:41-49.
- BARLOW DH, CAMPBELL LA. (2000) Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Compr Psychiatry* ;41(2 Suppl 1):55-60.
- BARNETT P & GOTLIB I. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- BECK CT. (1979) The occurrence of depression in women and the effect of the women's movement.. *J Psychiatr Nurs.*;17(11):14-6.

- BECK AT, FREEMAN A & ASSOCIATES (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guildford Press.
- BECK-FRIIS J, KJELLMAN BF, APERIA B, et al. (1985). Serum melatonin in relation to clinical variables in patients with major depressive disorder and a hypothesis of a low melatonin syndrome. *Acta Psychiatr Scand*, 71:319-330.
- BEMPORAD JR, ROMANO S. (1993) *Childhood experience and adult depression: a review of studies*. *Am J Psychoanal.*;53(4):301-15.
- BERLINER B. (1958) The role of object relations in moral masochism. *Psychoanalytic quarterly*, 27, 38-56.
- BERLINER B. (1966). Psychodynamics of the depressive character. *Psychoanalysis Forum*, 1, 244-251.
- BERNER P, GABRIEL E, KATSCHING H, KIEFFER W, KOEHLER K, LENZ G, SIMHANDL CH. (1983) *Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Affective Psychoses*, World Psychiatric Association (distributed by the American Psychiatric Press, Inc.), pp. 103-106.
- BIRCHNELL J. (1984). Dependence and its relationship to depression. *Brit J Med Psychol* 57: 215-225.
- BLASHFIELD RK, HAYMAKER D (1988) A prototype analysis of the diagnostic criteria for the DSM-III-R personality disorders. *J Personal Disord* 2: 272-280.
- BLASHFIELD R, NOYES R, REICH J et al. (1994). *Personality disorder traits in generalized anxiety and panic disorder patients*. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 329-334.
- BLATT SJ, QUINLAN DM, CHEVRON, E, MCDONALD, C & ZUROFF D (1982) Dependency and self-criticism.: Psychological dimensions of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 113-124.
- BLATT SJ (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179, 449-458.
- BLATT SJ, BLASS RB. (1990) *Attachment and separateness. A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle*. *Psychoanal Study Child.*;45:107-27.
- BOND M, PARIS J, ZWEIG-FRANH H. (1994) Defense styles and borderline personality disorders. *J. Pers. Disord*, 8:28-31.
- BORNSTEIN RF (1993). *The dependency personality*. New York: Guilford Press.

- BOWER G. (1994). Temporary emotional states act like multiple personalities. In R.M. Klein & BL Doane (Eds). *Psychological concepts and dissociative disorders* (pp. 207-234). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BOWLBY J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- BOWLBY J. (1988) Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry*;145(1):1-10.
- BOYCE P, PARKER G, BARNETT B, COONEY M, SMITH F: (1991) Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry*; 159: 106-114.
- BOYCE P, PARKER G, MITCHELL P et al. (1993) Specificity of interpersonal sensitivity to non-melancholic depression. *J Affect Dis*, 27, 101-105.
- BRAMBILLA F, MUNETTI C, TACCHINI C, FONTANILLAS J, GUARESCHI-CAZZULLO A.(1989) Neuroendocrine investigation in children and adolescents with dysthymic disorders: the DST, TRH and clonidine tests. *J Affect Disord* 17, 279-284.
- BRENNER C. (1959).The masochistic character: genesis and treatment. *J. American Psychoanalytic Association*, 7, 197-266.
- BROCHIER T ET OLIÉ JP (1993) Stress et depression. *L'Encephale*; XIX, 171-178.
- BROWN GW and HARRIS T (1978) *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock London.
- BROWN TA, BARLOW DH and LIEBOWITZ MR (1994) The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 151,1272-1280.
- BULIK CM, SULLIVAN PF, JOYCE PR, CARTER FA.(1995) Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa.*J Nerv Ment Dis.*; 183(9):593-8.
- BURNS DD & EIDELSON RJ (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *J of Consulting and Clin Psychology*, 66, 461-473.
- BUSS AH, PLOMIN RL (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- BUTLER AC, HOKANSON JE, & FLYNN HA (1994) A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *J of Pers and Social Psychology*, 66, 166-177.
- CATALÁN R. (1991) Factores de riesgo. Aspectos psicosociales. En: *Trastornos afectivos:*

Ansiedad y depresión. Vallejo J y Gastó G. Ed. Salvat. Barcelona.

CARTER JD, JOYCE PR, MULDER RT, SULLIVAN PF, LUTY SE. (1999) Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *J Pers. Disord.* 13, nº1, 67-74.

CARTER JD, JOYCE PR, MULDER RT, LUTY SE, SULLIVAN PF. (1999) *Journal of affective disorders*, 54 ,29-37.

CASEY PR (1985) *Psychiatric comorbidity in general practice: A diagnostic approach*. MD Thesis, University College, Cork, Ireland, En: Tyrer P (2000). *Personality disorders. Diagnosis, management and course*. 2º ed. B.H.,pp 71-79.

CASEY P and TYRER P. (1986) Personality, functioning and symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 20, 363-374.

CASSANO GB, AKISKAL HS, PERUGI G, MUNETTI L, & SAVINO M (1992) The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 257-268.

CASSANO G. (1997) *Dysthymia and the spectrum of Chronic Depressions*. New York: The Guilford Press.

CHODOFF P.(1972). The depressive personality. *Arch Gen Psychiatry* 27: 666-667.

CHRZANOWSKI G. (1966) Neurasthenia and hypochondria. In: Arieti, S. (Ed.), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York, , pp, 270-283.

CIE-10.(1992) *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, J.J. López Ibor (Ed.), Meditor, Madrid, p. 88-89, 141-166, 186-188.

CLARK LA, WATSON D & MINEKA S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 103-116.

CLARK LA, WATSON D, REYNOLDS S (1995) Diagnosis and classification in psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol* 46: 121-153.

CLARK LA, LIVESLEY WJ, SCHROEDER ML & IRISH SL (1996) Convergence of two systems for assessing personality disorder. *Psychological Assessment* 8, 294-303.

CLARK LA (1999a) Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. In: Cloninger CR. *Personality and psychopathology*. Edic. A.P.A.S., pp: 219-244.

- CLARK LA, WATSON D, (1999b). Personality, disorder, and personality disorder: towards a more rational conceptualization. *J Pers Disord* ,13-2, 142-151.
- CLARKIN JF, HULL JW, HURT SW (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Personal Disord* 7: 137-143.
- CLONINGER CR (1986) . A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226.
- CLONINGER CR.(1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants; A proposal. *Archives of General Psychiatry* 44, 573-588.
- CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 59: 975-990.
- CLONINGER CR. (1994) The genetic structure of personality and learning: a phylogenetic model. *Clin Genet.*;46(1 Spec No):124-37.
- COHEN S & WILLS TA (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- CORRUBLE E, GINESTET D, GUELFU JD (1996) Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord*, 37(2-3),157-70.
- COSTA PT JR, MCCRAE RR (1990) Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Personal Disord* 4: 362-371.
- COSTA PT JR, MCCRAE RR (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Personal Disord* 6: 343-359.
- COSTA PT JR, MCCRAE RR. (1993). Psychological research in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Z Gerontol.*26(3), 138-141.
- COSTA PT, MCCRAE RR. (1995). Positive and Negative Valence within the Five-Factor Model. *Journal of Research in Personality*, Vol. 29, No. 4, pp. 443-460
- COX BJ, RECTOR NA, BAGBY RM, SWINSON RP, LEWITT AJ, JOFFE RT. (2000) Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *J Affect Disord*. 57, 223-228.
- COYNE JC, WHIFFEN VE.(1995) Issues in personality as diathesis for depression: the case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychol Bull.*; 118(3):358-78. Review.
- CRAIG RJ, WEINBERG D. (1993). MCMI: Review of the literature. In RJ Craig (Ed.), *The Millon clinical multi-axial inventory: A clinical research information synthesis* (pp.23-70).

Hillsdale, NJ: Erlbaum.

CREED F. (1993) Life Events. En: Brugha D and Leff J (eds.). Principles of social psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific, 144-161.

CROSBY AE, CHELTENHAM MP, SACKS JJ. (1994) Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States Suicide Life Threat Behav. 1999 Summer;29(2):131-40.

CUTTING J, COWEN PJ, MANN AH and JENKINS R (1986). Personality and psychosis: use of the Standardized Assessment of Personality. *Acta Psychiat Scand.*, 73, 87-92.

DAVIDSON RJ (1992). Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*, 20, 125-151.

DIGMAN JM (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model: *Annu Rev Psychol* 41: 417-440.

DOHRENWEND BS & DOHRENWEND BP (Eds.)(1981) Stressful life events and their contexts. New York: Prodist.

DOLAN B, EVANS C, NORTON K. (1995). Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. *British J of Psychiat.*, 166, 107-112.

DOWSON JH, (1992). Assessment of DSM-III-R personality disorders by self-report questionnaires: the role of informants and a screening test for comorbid personality disorders (STCPD). *British J of Psychiatry*, 161, 344-352.

DOWSON JH, GROUNDS AT (1995) Personality disorders: recognition and clinical management. Cambridge University Press, 109-130.

DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson SA, Barcelona, pp. 323-358, 375-399, 639-643.

DUBURCQ A, BLIN P, CHARPAK Y, BLACHIER C, ALLICAR MP, BOUHASSIRA M, HERGUETA T, LECRUBIER Y.(1999) [Use of a structured diagnostic interview to identify depressive episodes in an epidemiologic study: a posteriori internal validation]. *Rev Epidemiol Sante Publique.*; 47(5):455-63.

DYCE JA, (1998). Personality disorders and the five-factor model: a test of facet-level predictions. *J of Pers Disor* 12,1, 31-45.

EKSELIUS L, VON KNORRING L. (1999) Changes in personality traits during treatment with sertraline or citalopram. *Br J Psychiatry.*; 174:444-8.

ERONEN M, ANGERMEYER MC, AND SCHULZE B (1998), The psychiatric epidemiology

- of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 Suppl 1, S13-23.
- EY H. (1965) [Structure of mental disorders and limitation in the field of psychiatry]. *Acta Psychiatr Scand.*; 41(3):472-7.
- EYSENCK SBG, EYSENCK HJ & BARRETT P (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and individual differences*, 6, 21-29.
- EYSENCK HJ (1953). *The structure of human personality*. London, Methuen.
- EYSENCK HJ. (1986). Models and paradigms in personality research. In A. Angleitner, A. Furnham, & G. Van Heck (Eds.), *Personality psychology in Europe: Vol:2. Current trends and controversies* (pp. 213-232). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- FABREGA H JR, ULRICH R, PILKONIS P, MEZZICH J. (1991) On the homogeneity of personality disorder clusters. *Compr Psychiatry*, 32, 373-386.
- FAVA GA, ZIELEZNY M, PILOWSKY I, TROMBINI G.(1984) Patterns of depression and illness behaviour in general hospital patients. *Psychopathology*.;17(3):105-9.
- FAVA M, ALPERT JE, BORUS JS, NIERENBERG AA, PAVA JA, ROSENBAUM JF (1996) Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry*, 153(10),1308-12.
- FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SH, WOODRUFF RA, WINOKUR G, MUNAZ R (1972)"Diagnostic criteria for use in psychiatric research", *Arch Gen Psychiat*.26:57-63.
- FELINE A. (1993) [Hyperthymic disorders]. *Encephale*.; 19(2):103-7.
- FENICHEL O.(1945) *The psychoanalytical theory of neurosis*, Nueva York, Norton, 20:501-502 (Traducción castellana: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós,1964).
- FERNANDEZ RIOS L (1997) *Manual de Psicología Preventiva*, Ed. Siglo XXI.
- FOWLES DC (1994) A motivational theory of psychopathology. *Nebr Symp Motiv.*; 41:181-238.
- FRANCES A & COOPER AM (1981). *Descriptive and dynamic psychiatry: a perspective on DSM-III*. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1198-1202.
- FREEMAN HL (1994) Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 383 :7-11.
- FREUD S.(1917) *Some character- types met with in psycho-analytic work*. S.E. Londres, Hogarth Press, 14, 309-333.
- FROMM E (1942) *Fear of freedom*. London: Routledge.

- GARYFALLOS et al.(1999) Personality disorders in dysthymia and major depression, *Acta Psych. Scand* , 99: 332-340.
- GOLDBERG LR (1980).Some ruminations about the structure of individual differences: Developing a common lexicon for the major characteristics of human personality. Paper presented at the annual convention of the Western Psychological Association, Honolulu.
- GOLDSTEIN WN & ANTHONY RN (1988) The diagnosis of depression and the DSMs. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 180-196.
- GOLOMB M, FAVA M, ABRAHAM M, ROSENBAUM JF (1995). Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry* 152, 579-582.
- GRIEGO J, STEWART SE, COOLIDGE FL.(1999) A convergent validity study of Cloninger's temperament and character inventory with the Coolidge axis II inventory.*Journal of personality disorders*.vol 13, n° 3 ,fall , 257-267.
- GRUENBERG AM & GOLDSTEIN RD (1997) Depressive disorders. In A. Tasman, J Kay & JA Lieberman (Eds.), *Psychiatry* (Vol. 2, 990-1019). Philadelphia: Saunders.
- GUNDERSON J (1983). DSM-III diagnoses of personality disorders. In JP. Frosch (Ed.), *Current perspectives on personality disorders* (pp. 20-39). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GUNDERSON JG, LYOO IK. (1997) Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*.; 4(5):272-8.
- GUNDERSON J.(1993) The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am.J.Psych.*,150,19-27.
- GUNDERSON JG, PHILLIPS KA.(1991) A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*.; 148(8):967-75.
- GUNDERSON JG, PHILLIPS KA, TRIEBWASSER J, HIRSCHFELD RM (1994): The *Diagnostic Interview for Depressive Personality*. *Am J Psychiatry* 151(9), 1300-4.
- GUNDERSON JG, AND PHILLIPS KA (1991). A current view on the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*, 148, 967-975.
- GUNDERSON JG, TRIEBWASSER J, PHILLIPS KA, SULLIVAN CN. (1999) Personality and vulnerability to affective disorders. In: *Personality and Psychopathology*, ed. Cloninger CR, *American Psychopathological Association Series*, pp 3-32.
- GUNN J (2000) Personality disorder: a clinical suggestion. 44-50. In; Tyrer P. "Personality

disorders. Diagnosis, management and course". 2° ed. B.H.

GUPTA MA, MOLDOFSKY H.(1986) Dysthymic disorder and rheumatic pain modulation disorder (fibrositis syndrome): a comparison of symptoms and sleep physiology. *Can J Psychiatry*, 31:608-616.

HAHN SR, KROENKE K, SPITZER RL, BRODY D, WILLIAMS JB, LINZER M, DEGUY-FV-3RD (1996): The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J-Gen-Intern-Med*. 11(1):1-8.

LORANGER AW (1988) *The personality disorder examination (PDE) manual*. Yonkers, NY: DV Communications.

HAMILTON M (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Psychol* 32: 50.

HAMILTON M (1960) A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry* 23: 56.

HAMILTON M.(1989) Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry*; 154, 201-206.

HAMMEN CL (1992) Cognitions and depression: some thoughts about new directions. *Psychological Inquiry*, 3, 247-250.

HAMMEN CL, BURGE D, DALEY SE, DAVILA J, PALEY B & RUDOLPH KD (1995). Interpersonal attachment cognitions and predictions of symptomatic responses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 436-443.

HANSENNE M, ANSSEAU M. (1999) Harm avoidance and serotonin. *Biol Psychol.*; 51(1):77-81.

HARTLAGE S, & CLEMENTS C (1996). Cognitive deficits in depression. In PW Corrigan & SC Yudofsky (Eds), *Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders* (pp. 101-127). Washington, DC: American Psychiatric Association.

HARTLAGE S, ARDUINO K, ALLOY LB (1998). Depressive personality characteristics: state dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current depression. *J. of Abnormal Psychology* 107,2: 349-354.

HAURI P, SATEIA MJ. (1984). REM sleep in dysthymic disorders. *Sleep Res* 13:119.

HEERLEIN A, SANTANDER J, RICHTER P (1996) Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Compr Psychiatry*, 37(6):430-4.

HEIKKINEN M, HENRIKSSON M, ISOMETSA E, et al. (1997). Recent life events and

- suicide in personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 219-224.
- HELLERSTEIN DJ, SAMSTAG LW, LITTLE S AND YANOWITCH P (1994) *Dysthymia: Assessing Symptoms and Treatment Response with the Cornell Dysthymia Rating Scale*. Presented at the Annual Meeting, American Psychiatric Assn., Philadelphia, PA, May 21-26 (New Research Program and Abstracts, p 111).
- HENDERSON DK (1939) *Psychopathic States*. New York: Norson.
- HIGGITT A & FONAGY P (1992). *Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder*. *British J of Psychiatry*, 161, 23-43.
- HIRSCHFELD RMA, KLERMAN GL, CHODOFF P, KORCHIN S, BARRETT J.(1976). *Dependency-self esteem-clinical depression*. *J Am Acad Psychoanal* 4:373-388.
- HIRSCHFELD RMA, KLERMAN GL (1979) *Personality attributes and affective disorders*. *Am J Psychiatry* 136: 67-70.
- HIRSCHFELD RMA (1989) *Premorbid personality assessments of first onset of major depression*.*Arch.Gen.Psychiatry* ;46:345-350.
- HIRSCHFELD, RM. (1995) *Dimensions of Depression-from Dysthymia to Chronic Depression*. *Express Repo3333rt from the 45th Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association*. September 19-23, 1995 / Victoria, British Columbia.
- HIRSCHFELD RMA, KLERMAN GL, GOUGH HG, BARRETT J, KORCHIN SJ, CHODOFF P. (1977). *A measure of interpersonal dependency*. *J Pers Assess* 41: 610-618.
- HIRSCHFELD RM, HOLZER CE 3RD (1994) *Depressive personality disorder: clinical implications* [see comments]. *J Clin Psychiatry*, 55 Suppl:10-7.
- HIRSCHFELD RMA, KLERMAN GL, CLAYTON PJ, KELLER MB, MC-DONALD-SCOTT P& LARKIN BH .(1983). *Assessing personality: effects of the depressive state on trait measurement*. *American Journal of Psychiatry*, 140, 695-699.
- HIRSCHFELD RMA, & SHEA MT (1992). *Personality*. In ES Paykel (Ed), *Handbook of affective disorders* (2° ed, pp. 185-194). New York:Guilford Press.
- HIRSCHFELD RMA (1999).*Personality disorders and depression:comorbidity*. *Depression and anxiety* 10:142-146.
- HOFFART A, THORNES K AND HEDLEY LM (1995). *DSM-III-R Axis I and II disorders in agoraphobic inpatients with and without panic disorder before and after psychosocial treatment*. *Psychiatry Research*, 56, 1-9.

- HOLAHAN CJ & MOOS RH (1991) Life stressors, personal and social resources and depression. A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-38.
- HORNEY K (1939) *New ways in Psycho-analysis*. London: Kegan Paul.
- HUPRICH SK; MARGRETT J; BARTHELEMY KJ; FINE MA (1996) The Depressive Personality Disorder Inventory: an initial examination of its psychometric properties. *J Clin Psychol*, 52(2):153-9.
- ILARDI SS, CRAIGHEAD WE, EVANS DD. (1997) Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Consult Clin Psychol*.;65(3):381-91.
- IRASTORZA LJ (1998) Distimia y personalidad depresiva. Conferencia del Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Zaragoza.
- JACKSON HJ, WHITESIDE HL, BATES GW, BELL R, RUDD RP, EDWARDS J. (1991) Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand*, 83, 206-213.
- JANET P (1907) *The major symptoms of hysteria*. Macmillan. New York.
- JANG KL, LIVESLEY WJ, VERNON PA, JACKSON DN.(1996) Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatr Scand*.; 94(6):438-44.
- JASPERS K (1946) *Allgemeine Psychopathologie*, 4th edn. Berlin:Springer. En Tyrer P (2000) *Personality disorders*. 2^o ed. B.H. Oxford, 6-8.
- JASPERS K (1962) *General psychopathology* (J Hoenig & M.H Hamilton, Trans.). Manchester: Manchester University Press.
- JOFFE RT, REGAN JJ. (1989). Personality and response to tricyclic antidepressants in depressed patients. *J Nerv Ment Dis* 177:745-749.
- JOHN OP (1990). The search for basic dimensions of personality. In: P. McReynolds, JC. Rosen, & GJ Chelune (Eds.), *Advances in psychological assessment* (pp. 1-37). New York: Plenum Press.
- JOHNSON, M & MAGARO P .(1987). Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania. *Psychological Bulletin*, 101, 28-40.
- JOYCE PR, MULDER RT, CLONINGER CR. (1994) Temperament and hypercortisolemia in depression. *Am J Psychiatry*.; 151(2):195-8.
- JUDD LL, AKISKAL HS. (2000). Delineating the longitudinal structure of depressive

illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry* Jan;33(1):3-7.

KAHN E. (1975). The depressive character. *Folia Psychiatrica Neurologica Japonica*, 29, 291-303.

KASCH KL, KLEIN DN. (1996). The relationship between age at onset and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis.* 184, 703-707.

KASS, F, SKODOL AE, CHARLES E et al. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *Am J Psychiat*, 143, 627-630.

KELLER M, KLEIN D, HIRSCHFELD R, KOCSIS J, MCCULLOUGH J, MILLER I, FIRST M, HOLZER CR, KEITNER G, MARIN D, SHEA T. (1995) Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *Am. J. Psychiatry* 152, 843-849.

KELLER MB, GELENBERG AJ, HIRSCHFELD RM, RUSH AJ, THASE ME, KOCSIS JH, MARKOWITZ JC, KENDELL RE (1989) Clinical validity. *Psychological Medicine* 19, 45-55.

KELLER MB AND SHAPIRO RW (1982) " Double depression ": Superimposition of acute depressive episodics on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatry* 139,438-442.

KELLER MB, GELENBERG AJ, HIRSCHFELD RM, RUSH AJ, THASE ME, KOCSIS JH, MARKOWITZ JC, FAWCETT JA, KORAN LM, KLEIN DN, RUSSELL JM, KORNSTEIN SG, MCCULLOUGH JP, DAVIS SM, HARRISON WM. (1998) The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J Clin Psychiatry.* ;59(11):598-607.

KELLER, M (1995) Dimensions of Depression-from Dysthymia to Chronic Depression. Express Report from the 45th Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association. September 19-23, 1995 / Victoria, British Columbia.

KELVIN RG, GOODYER IM, ALTHAM PM (1996) Temperament and psychopathology amongst siblings of probands with depressive and anxiety disorders. *J-Child-Psychol-Psychiatry* 37(5),543-50.

KENDELL RE (1989). Clinical validity. *Psychol Med.* 1989 Feb;19(1):45-55.

KERNBERG OF (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Jason Aronson.

KERNBERG O. (1987). Clinical dimensions of masochism. In RA Glick & Meyers (Eds), *Masochism: Current psychoanalytic perspectives* (pp. 61-79). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- KERNBERG O. (1984). Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. New Haven, CT: Yale University Press.
- KERNBERG OF (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1005-1029.
- KERNBERG O.(1992). Aggression in personality disorders and perversions. Yale University Press. New Haven and London, pp.69-72.
- KERNBERG O. (1990, May 16). Differential diagnosis of the depressive-masochistic personality disorder. Paper presented at the 143rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.
- KLEIN DF, DAVIS JM. (1970) The drug treatment of depression. *JAMA*. 15;212(11):1962-3.
- KLEIN D, TAYLOR E, DICKSTEIN S, HARDING K.(1988) The early-late onset distinction in DSM-III-R dysthymia . *J. affect. Disord.* 14, 25-33.
- KLEIN DN, (1990). *Depressive personality: reliability, validity, and relation to dysthymia.* *J Abnorm Psycho* 99, 412-421.
- KLEIN DN, MILLER GA, (1993). Depressive personality in a nonclinical sample. *Am J Psychiatry* 150: 1718-1724.
- KLEIN DN; RISO LP; DONALDSON SK; SCHWARTZ JE; ANDERSON RL; OUIMETTE PC et al (1995). 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*, 52(6),487-96.
- KLEIN DN, SHIH JH. (1998). Depressive personality: associations with DSM-III-R mood and personality disorders and negative and positive affectivity, 30-month stability, and prediction of course of Axis I depressive disorders. *J Abnorm Psychol* 197:319-327.
- KLEIN DF (1974) Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31, 447-454.
- KLEIN DN, SCHATZBERG AF, MCCULLOUGH JP, DOWLING F, GOODMAN D, HOWLAND RH, MARKOWITZ JC, SMITH C, THASE ME, RUSH AJ, LAVANGE L, HARRISON WM, KELLER MB.(1999). Age of onset in chronic major depression: relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *J Affect Disor* 55: 149-157.
- KLEIN MH, KUPFER DJ, SHEA MT.(1993) *Personality & Depression*. New York. The

Guilford Press.

KLEIN DN, CLARK DC, DANSKY L & MARGOLIS ET. (1988). Dysthymia in the offspring of parents with primary unipolar affective disorder. *J of Abnormal Psychology*, 97, 265-274.

KLEIN DF (1987). Depression and anhedonia. In D.C. Clark & J.Fawcett (Eds), *Anhedonia and affect states* (pp.1-14). New York: PMA Publishing.

KOCSIS, J.H., & FRANCES, A.J. (1987). A critical discussion of DSM - III dysthymic disorder. *American Journal of Psychiatry*; 144:1534-1542.

KOKKEVI A, STEFANIS C (1995) Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*, 36, 329-337.

KOENINGSBERG:(1985) The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III:experience with 2462 patients. *Am.J.Psych.*,142,207-212.

KOVACS M, AKISKAL HS, GATSONIS C AND PARRONE PL (1994) Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 51, 365-374.

KRAEPELIN E. (1921) *Manic-depressive insanity and paranoia* (R.M. Barclay, Trans.; G.M. Robertson, Ed.). Edinburgh: E.S. Livingstone.

KRETSCHMER E (1922) *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer. En Tyrer P (2000) *Personality disorders*. 2° ed. B.H. Oxford, 6-8.

KRUEGER RF,(1999) The structure of common mental disorders.*Arch Gen Psychiatry*.56:921-926.

KUPFER DJ, FOSTER GF, COBLE PA, MCPARTLAND RJ, ULRICH RF.(1978) The application of EEG sleep for the differential diagnosis of affective disorders. *Am J Psychiatry*, 135:69-74.

KUPFER DJ, EHLERS CL.(1989).Two roads to rapid eye movement latency. *Archives of Gen Psychiatry*.,46, 945-948.

LAUGHLIN HP, (1967). *The neuroses*.Stoneham, MA: Butterworths.

LAZARE A, KLERMAN GL and ARMOR D. (1966) Oral, obsessive and hysterical personality patterns. *Arch Gen Psychiatry*, 14, 624-630.

LEARY T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York:Raven.

LEBLANC J, STREIT U, TANGUAY Y (1994) Association between depression,

- temperament and personality disorder: some therapeutic implications. *Can J Psychiatry*, 39(9), 572-6.
- LENZENWEGER, MF. (1999) Stability and change in personality traits. The longitudinal study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1009-1015.
- LENZENWEGER MF, LORANGER AW, KORFINE L AND NEFF, C (1997) Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Arch Gen Psychiatry* 54, 345-351.
- LEONHARD K (1979), *The Classification of Endogenous Psychoses*, 5th Edition (Ed. by E. Robins), Translated by R. Berman, Irvington, Nueva York, pp.25-80.
- LEWINSOHN PM (1974) A behavioral approach to depression. In RM Freidman & M.Katz (eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp 157-185). New York: Wiley.
- LEWINSOHN, PM, HOBERMAN HM, & ROSENBAUM M (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.
- LIEBOWITZ MR, KLEIN DF. (1979) Case 1. Assessment and treatment of phobic anxiety. *J Clin Psychiatry.*; 40(11):486-92.
- LIVESLEY WJ, SCHROEDER ML, JACKSON DN, JANG KL (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *J Abnorm Psychol.*; 103(1):6-17.
- LIVESLEY WJ, JANG KL, and VERNON PA (1998) Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 55, 941-948.
- LIVESLEY WJ, JANG KL, JACKSON DN, VERNON PA. (1993) Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *Am J Psychiatry.*; 150(12):1826-31.
- LIVESLEY WJ, SCHROEDER ML. (1990) Dimensions of personality disorder. The DSM-III-R cluster A diagnoses. *J Nerv Ment Dis.*; 178(10):627-35.
- LORANGER AW, LENZENWEGER MF, GARTNER AF, et al (1991) Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 48: 720-728.
- LORANGER AW, SARTORIUS N, ANDREOLI A, BERGER P, BUCHHEIM P, CHANANABASAVANNA SM et al, (1994) The international personality disorder examination: the World Health Organization / Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 215-224.
- LOTT VM; DUNNER DL (1997) Depression and axis II disorders: comorbidity and relationship to cooperativeness. *Depress Anxiety*, 4(6):268-72.

- LU RB, HO SL, HO BT, LEU SY, SHIAN LR, CHEN WL.(1986) Correlation between plasma cortisol and CSF catecholamines in endogenous depressed dexamethasone nonsuppressors. *J Affect Disord.*, 10:177-184.
- LUTY SE, JOYCE PR, MULDER RT, SULLIVAN PF, MCKENZIE JM;(1999) Disfunctional attitudes relationship to depressive patients' personality.. *Journal of Affective Disorders*, 54, 75-80.
- LYONS MJ, TYRER P, GUNDERSON J, TOHEN M.(1997) Especial feature: Heuristic models of comorbidity of axis I and axis II disorders. *J.Pers. Disord.*; 11(3):260-9.
- LYONS MJ, EISEN SA, GOLDBERG J, TRUE W, LIN N, MEYER JM, TOOMEY R, FARAONE SV, MERLA-RAMOS M, TSUANG MT. (1998). A registry-based twin study of depression in men. *Arch Gen Psychiatry*. 55, 468-472.
- LYOO K, GUNDERSON JG, PHILLIPS KA. (1998). Personality dimensions associated with depressive personality disorders. *J Pers Disord* 12: 46-55.
- MC. CULLOUGH J:(1991) Psychotherapy of dystimia:a naturalistic study of ten patients. *J.Nerv.Ment.Dis.*,179,734-74.
- MCCULLOUGH J, BRAITH J, CHAPMAN R, KASNETZ M, CARR K, CONES J, FIELO J, SHOEMAKER O, ROBERTS W.(1990) Comparison of early and late onset dysthymia. *J. Nerv. Ment. Dis.*178, 577-581.
- MCLEAN P, & WOODY S. (1995).Commentary on depressive personality disorder: a false start. In W.S. Livesley (Eds.), *DSM-IV personality disorders* (pp.303-311). New York: Guilford Press.
- MAIER W, LICHTERMANN D, KLINGLER T. et al. (1992a) Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J of Personal Disord.*, 6, 187-196.
- MAIER W, LICHTERMANN D, MINGES J, HEUN R (1992b) Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression. A family study perspective. *J. of Affective Dis.*, 24, 153-163.
- MAIN M, KAPLAN N, & CASSIDY J (1985) Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation.*Monographs of the society for research in child development*, 50 (1-2, serial.n° 209).
- MARIN DB, KOCSIS JH, FRANCES AJ, KLERMAN GL (1993). Personality disorders in dysthymia. *J of Personal Disord*, 7, 223-231.
- MARKOWITZ JC, MORAN ME, KOCSIS JH & FRANCES AJ (1993). Prevalence and

comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J of Affective Disord*, 24, 63-71.

MEEHL PE. (1995) Bootstraps taxometrics. Solving the classification problem in psychopathology. *Am Psychol.*; 50(4):266-75.

MENCHÓN JM, VALLEJO J (2000) Distimia, 410-441, en "Trastornos del humor", ed. Med. Panamericana.

MILLER IW, NORMAN WH, DOW MG.(1986) Psychosocial characteristics of "double depression". *Am J Psychiatry*. 143: 1042-1044.

MILLON, T. (1994). *La Personalidad y sus Trastornos*. Barcelona: Martinez Roca.

MILLON, T. (1994). Avoidant personality disorder: A brief review of issues and data.

Phillips K, G. (1990). A Review of the Depressive Personality. *Am J Psychiatry*, 147, 830-837-830-837.

MILLON T, & DAVIS R. (1996) Disorders of personality: DSM-IV and beyond (2nd. Ed.). New York: Wiley.

MILLON T, DAVIS RD.(1999) Trastornos de personalidad. Mas allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.

MODESTIN J, OBERSON B, ERNI T (1997) Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 96, 424-430.

MORAN P, JENKINS R, MANN A, TYLEE A, et al. (1999) Personality disorder in primary care. *Current Opinion in Psychiatry*, 12 (Suppl.1), 140.

MORAS K, & BARLOW DH. (1992). Dimensional approaches to diagnosis and the problem of anxiety and depression. In A. Ehlers, W. Fiegenbaum, I. Florin & J Margraf (Eds.), *Perspectives and promises of clinical psychology* (pp. 23-37). New York: Plenum Press.

MORGENSTERN J, LANGENBUCHER J, LABOUVIE E, AND MILLER KJ (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J of Abnorm Psychology*, 106, 74-84.

MULDER RT, JOYCE PR, CLONINGER CR. (1994). Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Comp Psychiatry* 35: 225-233.

MUSETTI L, PERUGI G, SORIANI A, ROSSI VM, CASSANO GB & AKISKAL HS (1989) Depression before and after age 65: a reexamination. *British Journal of Psychiatry*,

155, 330-336.

MYERS JK, WEISSMAN MM, TISCHLER GL, et al. (1984) Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities, 1980 to 1992. *Arch of Gen. Psychiatry*, 41, 959-967.

NESTADT G, ROMANOVSKI AJ, SAMUELS JF, FOLSTEIN MF, MCHUGH PR. (1992) The relationship between personality and DSM-III Axis I disorders in the population: results from an epidemiological survey. *Am J Psychiatry*, 149, 1228-1233.

NIETZEL MT, HARRIS MJ (1990). Relationship of dependency and achievement /autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*. 10, 279-297.

NOYES RJ, WOODMAN CL, HOLT CS et al. (1995). Avoidant personality traits distinguish social phobic and panic disorder subjects. *J of Nerv and Ment Dis*, 183, 145-153.

OAKLEY-BROWNE MA, JOYCE PR, WELLS JE, BUSHNELL JA, HORNBLOW AR. (1995) Adverse parenting and other childhood experience as risk factors for depression in women aged 18-44 years. *J Affect Disord*. 16;34(1):13-23.

O'CONNOR BP, DYCE JA. (1998) A test of models of personality disorder configuration. *J Abnorm Psychol*.;107(1):3-16.

OLDHAM JM, SKODOL AE, KELLMAN HD, et al. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two semistructured interviews: patterns of comorbidity . *Am J. Psychiatr*, 149, 213-220.

OLDHAM JM.(1994) *Personality disorders. Current perspectives.* *JAMA*.; 272(22):1770-6.

OLDHAM JM, SKODOL AE, KELLMAN HD et al. (1995) Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 152, 571-578.

O'TOOLE BI, MARSHALL RP, SCHURECK RJ AND DOBSON, M (1998). *Posttraumatic stress disorder and comorbidity in Australian Vietnam veterans: risk factors, chronicity and combat.* *Austr and New Zealand J of Psychiat*, 32, 32-42.

PARKER,G, ROY K, WILHELM K, MITCHELL P, AUSTIN M-P, HADZI-PAVLOVIC D, LITTLE C.(1999) *Subgroups of non-melancholic depression of clinical traits.**Journal of Affective Disorders* 53, 1-13.

PARKER G, ROY K, HADZI-PAVLOVIC D, MITCHELL P, WILHELM K, MENKES

- DB, SNOWDON J, LOO C, SCHWEITZER I.(2000) Subtyping depression by clinical features: the Australasian database. *Acta Psychiatr Scand*: 101: 21-28.
- PARKER G, ROY K, WILHELM K, MITCHELL P (2000) "Acting out" and "acting in" behavioural stress responses: the relevance of anxiety and personality style. *J Affect Disorders* 57, 173-177.
- PARTRIDGE GE (1930) Personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 10, 53.
- PARKER G, KILOH L, HAYWARD L.(1987)Parental representations of neurotic and endogenous depressives. *J Affect Disord*. 13(1):75-82.
- PEPPER C, KLEIN D, ANDERSON RL, RISO LP, OUIMETTE, PC & LIZARDI H. (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry*: 152, 239-247.
- PERALTA V, CUESTA MJ, AND DE LEON J (1991). Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psych Scand*. ,84, 336-339.
- PERON-MAGNAN P. (1992) [Dysthymic disorder and depressive personality]. *Encephale.*; 18 Spec No 1:51-4.
- PERRY JC:(1985) Depression in borderline personality disorder:lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am.J.Psych.*,142(1),15-21.
- PERRY JC (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *J of Personal. Disord.* , Spring suppl., 63-85.
- PERSONS JB, MIRANDA J & PERLOFF JM (1991). Relationship between depressive symptoms and cognitive vulnerabilities of achievement and dependency. *Cognitive therapy and Research*, 15, 221-235.
- PERUGI G, MUSETTI L, SIMONINI E, PIAGENTINI F, CASSANO GB, AKISKAL HS.(1990) Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry*.;157:835-41.
- PESELOW ED, SANFILIPPO MP, FIEVE RR, GUBELKIAN G (1994) Personality traits during depression and after clinical recovery. *Br J Psychiatry* 164(3), 349-54.
- PFOHL B, STANGL D, ZIMMERMAN M (1984). The implication of DSM-III personality disorders for patient with major depression. *J Affective Disord* 7: 309-318.
- PFOHL B, CORYELL W, ZIMMERMAN M, STANGL D. (1987) Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients. *J Clin*

Psychiatry.; 48(12):468-72.

PFOHL, B (1991). Histrionic personality disorder: A review of available data and recommendations for DSM-IV. *J of Pers Disord*, 5, 150-166.

PFOHL, B (1999). Axis I and axis II: comorbidity or confusion? In: *Personality and psychopathology*. Ed Cloninger CR, A.P.A.S., pp.:83-98.

PHILLIPS, K.A., GUNDERSON, J.G., HIRSCHFELD, R.M., & SMITH, L.E. (1990). A review of the depressive personality. *Am J Psychiatry*, 147, 830-837.

PHILLIPS KA, HIRSCHFELD RMA, SHEA MT, GUNDERSON JG. (1995). Depressive personality disorder. In:Livesley WJ, editor. *The DSM-IV personality disorders*. New York:Guilford Press. p 303-311.

PHILLIPS KA, GUNDERSON JG, TRIEBWASSER J, KIMBLE CR, FAEDDA G, LYOO IK, RENN J. (1998).Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry* 155:1044-1048.

PHILLIPS KA, GUNDERSON JG, KIMBALL CR, TRIEBWASSER J & FAEDDA G (1992,May), Am empirical study of depressive personality . Paper presented at the 145th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.

PHILLIPS KA:(1990) A review of the depressive personality. *Am.J.Psych.*,147,830-837.

PHILLIPS KA, HIRSCHFELD RM, SHEA MT, GUNDERSON JG. (1995) Depressive personality disorder. In: Livesley WJ, *The DSM-IV personality disorders*, 13, 287-302.

PICHOT P. (1994) Nosological models in psychiatry. *Br J Psychiatry.*; 164(2):232-40.

PIERSMA HL.(1989) *The stability of the MCMI-II for psychiatric inpatients*. *J Clin Psychol.*; 45(5):781-5.

PIERSMA H. AND BOES HL,(1997) MCMI-III, *Journal Clin Psycho* 53:-825-831.

PILKONIS P.A (1988) Personality prototypes among depressives: themes of dependence and autonomy. *Journal of personality disorders.*, 2, 144-152.

PILKONIS PA, HEAPE CL, RUDDY J, & SERRAO P. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: the use of the LEAD standard. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 46-54.

- PINE DS, COHEN P, GURLEY D, BROOK J, MA Y (1998) The risk of early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55, 56-64.
- PRUSSOFF B, MERIKANGAS K & WEISSMAN M. (1988). Lifetime prevalence and age of onset of psychiatry disorders: recall 4 years later. *Psychiatry Research*, 22, 107-117.
- PUKROP R, HERPERTZ S, SAB H, STEINMEYER EM. (1998). Special feature: personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships. *J of Pers Disord*, 12(3), 226-246.
- REICH JH, YATES W, AND NDUAGUBA M. (1989) Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry*, 24, 12-16.
- REICHBORN-KJENNERUD T, LINGJAERDE O, DAHL AA (1997) DSM-III-R Personality Disorders in Seasonal Affective Disorder: Change Associated With Depression. *Compr Psychiatry* 38(1),43-48.
- RETZLAFF PD (1995). *Tactical psychotherapy of the personality disorders: An MCMI-III based approach*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- REYNTJENS A, GELDERS YJ, HOPPENBROUWERS MJA, VAN DEN BUSCHE G.(1986) Thymostenic effects of ritanserin (R55667), a centrally acting serotonin S-2 receptor blocker. *Drug Dev Res*, 8: 205-211.
- RICE J, REICH T, ANDREASEN NC, ENDICOTT J, VAN EERDEWEGH M, FISHMAN R, HIRSCHFELD RMA, KLERMAN GL. (1987). The familial transmission of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry* 44, 441-447.
- RICHTER J, EISEMANN M, RICHTER G. (2000) Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* ;250(1):40-7.
- RISO LP, KLEIN DN, FERRO T, KASCH KL, PEPPER CM, SCHWARTZ JE, ARONSON TA (1996): Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: a family study. *Am J Psychiatry* 153(7):900-6.
- ROBERTS JE, & MONROE SM (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *J. of Pers. And Social Psychology*, 62, 804-812.
- ROBERTS JE, & MONROE SM (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 161-181.

- ROBERTS JE, & GOTLIB IH (1997) Temporal variability in global self-esteem and specific self-evaluation as prospective predictors of emotional distress: Specificity in predictors and outcome. *J of Abnormal Psychology*, 106, 521-529.
- ROBINS E, GUZE SB (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 126, 983-987.
- ROBINS L, HELZER J, WEISSMAN M, et al. (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 41, 949-958.
- ROBINS JM.(1995) An analytic method for randomized trials with informative censoring: Part 1.Lifetime Data Anal.;1(3):241-54.
- RODRIGUEZ A, GONZALEZ AI, FERRER E (1997) *Epidemiología Especial. Estudios de morbilidad de los trastornos psiquiátricos*. En: Cervera S, Giner J, Conde V y col, Manual del Residente de Psiquiatría, tomo I, 537-542.
- ROGERS JH, WIDIGER TA, KRUPP A. (1995) Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*.;152(2):268-70.
- ROHDE P, LEWINSHOHN PM, SEELEY JR.(1991). Comorbidity of unipolar depression: II comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol* 100, 214-222.
- ROUNSAVILLE BJ, KRANZLER HR, BALL S et al (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *J of Nerv and Ment Dis*, 186, 87-95.
- ROY A, SUTTON M, PICKARD D.(1985) Neuroendocrine and personality variables in dysthymic disorder. *Am J Psychiatry*, 142:94-97..
- ROY A.(1988) Cortisol nonsuppression in depression: relationship to clinical variables. *J Affect Disord*, 14: 265-270.
- ROY-BYRNE P, LEPINEJ P, TEHERANI M, RICHARDS J, BRANTLEY PJ AND KRAEMER I (1994) The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 151,1153-1162.
- RUTTER M (1987). Temperament, personality and personality disorder. *British J of Psychiatry*, 150, 443-458.
- RYDER AND BAGBY. (1999). Diagnostic viability of depressive personality disorder:theoretical and conceptual issues.. *J Pers Disor*, 13. 2, 99-117.
- SAMUELS J, NESTADT G, ROMANOSKI A, et al (1994) DSM-III personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1055-1062.

- SANDERSON WC, WETZLER S, BECK AT, BETZ F (1992) Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatr Res* 42, 93-99.
- SANTOR DA., BAGBY RM, JOFFE RT,(1997) Evaluating stability and change in personality and depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 73, n° 6, 1354-1362.
- SATO T, SAKADO K & SATO S (1993). Is there any specific personality disorder or personality disorder cluster that worsens the short-term treatment outcome of major depression ? *Acta Psychiatrica Scand.*,88, 342-349.
- SATO T, SAKADO K, UEHARA T, SATO S, NISHIOKA K, KASAHARA Y (1997) Personality disorder diagnoses using DSM-III-R in a Japanese clinical sample with major depression. *Acta Psychiatr Scand* 95, 451-453.
- SCHILDKRAUT JJ. (1975) Psychopharmacology of biogenic amines in depressions. *Psychopharmacol Bull.*; 11(2):58-9.
- SCHILDKRAUT JJ. (1972) Neuropharmacological studies of mood disorders. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc.*; 60:65-92.
- SCHNEIDER K (1923) *Clinical psychopathology*, (M.W. Hamilton, Trans.). London: Grune & Stratton, 1959.
- SCHNEIDER K. (1958). *Psychopathic personalities*. Translated by Hamilton MW. London: Cassell.
- SCHUERGER JM, ZARRELLA KL, HOTZ AS (1989) Factors that influence the temporal stability of personality by questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 56: 777-783.
- SEGAL Z, SHAW B, VELLA D & KATZ R (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of congruency hypothesis: *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 26-36.
- SEIVEWRIGHT N (1988) Personality disorder, life events and the onset of mental illness. In: *Personality disorder. Diagnosis, Management & Course*, ed P. Tyrer. Wright, London, pp.82-92.
- SEIVEWRIGHT N and DALY C (1997) Personality disorder and drug use: a review. *Drug & Alcohol Review*, 235-250.
- SELIGMAN MD (1975) *Helplessness: on depression, development and death*. Freeman, San Francisco.

- SERRETTI A, JORI MC, CASADEI G, RAVIZZA L, SMERALDI E, AKISKAL H.(1999) Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *Journal of affective disorders* 56, 17-25.
- SHEA MT, PILKONIS PA, BECKHAM E, COLLINS JF, ELKIN I, SOTSKY SM, DOCHERTY JP. (1990) Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*.;147(6):711-8.
- SHEA MT.& HIRSCHFELD RMA (1996) Chronic mood disorder and depressive personality. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 103-120.
- SHERWOOD RJ, FUNARI DJ & PIEKARSKI AM (1990). Adapted character styles of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 66, 623-631.
- SIEVER LJ & DAVIS KL (1991) A psychobiologic perspective on the personality disorders. *A.m J Psychiatry* , 148, 1647-1658.
- SIMONS RC . (1987). Self-Defeating and Sadistic Personality Disorders: Needed Additions to the Diagnostic Nomenclature. *J Pers Disord*, 1, 161-167-161-167.
- SIMONS, R.C. (1986). Psychoanalytic contributors to psychiatric nosology: Forms of masochistic behavior. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 35:583-608.
- SKODOL AE, GALLAHER PE, OLDHAM JM (1996) Excessive dependency and depression: is the relationship specific?. *J Nerv Ment Dis*, 184(3):165-71.
- SOUTHWICK SM, YEHUDA R & GILLER EL (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 147, 1014-7.
- SPALLETA G, TROISI A, SARACCO M, CIANI N AND PASINI A (1996) Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illnesses. *J Affect Disord* 8,39(2), 141-8.
- SPITZER RL (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- SPITZER R, WILLIAMS JBV, AND GIBBON M (1987). *Structured Interview for DSM-III-R personality disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- SPITZER RL, WILLIAMS JB, GIBBON M, FIRST MB (1990) *Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

SROLE L, LANGER T, MICHAEL S, et al. (1962). *Mental Health in the Metropolis*. New York: McGraw Hill.

STANDAGE K. (1986). A clinical and psychometric investigation comparing Schneider's and the DSM-III typologies of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 35-45.

STARCEVIC V, BOGOJEVIC G, KELIN K. (1997) Diagnostic agreement between the DSM-IV and ICD-10-DCR personality disorders. *Psychopathology*, 30, 328-334.

STARCEVIC V. (1996) Issues in the assessment of affective, anxiety and personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 9, 112-116.

STERN J, MURPHY M AND BASS C (1993). Personality disorders in patients with somatisation disorder: a controlled study, *Brit J of Psychiat* 163, 785-789.

STUART S; PFOHL B, BATTAGLIA M, et al (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *J of Pers. Disord*, 12, 302-315.

SVRAKIC DM, WHITEHEAD C, PRZYBECK TR & CLONINGER CR, (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 991-999.

SVRAKIC NM, SVRAKIC DM, CLONINGER CR (1996) A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Dev Psychopathol* 8:247-272.

SZÁDÓCZKY E, FAZEKAS L, RIHMER Z, ARATO M,(1994) The role of psychosocial and biological variables in separating chronic and nonchronic major depression and early-onset dysthymia. *J. Affect. Disord*. 32, 1-11.

TELLEGEN A. (1993). Folk concepts and psychological concepts of personality and personality disorder. *Psychological Inquiry*, 4, 122-130.

TELLENBACH H.(1976) *La melancolía*. Madrid: Morata.

THOITS PA (1986) Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.

THORNTON C, AND RUSSELL J (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J.of Eating Disord* 21, 83-87.

TOMASSON K, VAGLUM P. (1995). A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 92, 378-385.

- TORGERSEN S. (2000) Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.*; 23(1):1-9.
- TRULL TJ.(1992)DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: an empirical comparison. *J Abnorm Psychol.*; 101(3):553-60.
- TYRER P (1985). Neurosis divisible? *Lancet*,i, 685-688.
- TYRER PJ. (1990) The division of neurosis: a failed classification. *J R Soc Med.*; 83(10):614-6.
- TYRER P, SEIVEWRIGHT N, FERGUSON B and TYRER J. (1992). The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiat. Scand.*, 85, 201-206.
- TYRER P (1992) Síndrome neurótico general y trastornos mixtos por ansiedad-depresión. En: Tyrer P. Clasificación de las neurosis. Eds. Diaz de Santos, pp: 147-182.
- TYRER P; JOHNSON T (1996) Establishing the severity of personality disorder: *Am J Psychiatry*, 153(12):1593-7.
- TYRER P, SEIVEWRIGHT N, FERGUSON R, et al (1990) The Nottingham Study of Neurotic Disorder: relationship between personality disorder and symptoms. *Psychological Medicine*, 20, 423-431.
- TYRER P & SEIVEWRIGHT N (1988). *Studies of outcome*. In: *Personality Disorders; Diagnosis, Management and Course*, ed. P. Tyrer, pp.119-136. London: Wright.
- TYRER P, GUNDERSON J, LYONS M, TOHEN M.(1997) Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *J Pers Disord.* 11(3):242-259.
- TYRER P (2000). *Personality disorders. Diagnosis, management and course*. 2° ed. B.H. Oxford.126-32.
- TYRER P (2000)(b) . *Personality disorders. Diagnosis, management and course*. 2° ed. B.H. Oxford, 87-89.
- VALLEJO J.(1991) Aspectos clínicos de la depresión. Publ XVI Reunión SPB Madrid: Aran.
- VERHEUL R, BALL SA & BRINK W, van den (1997). Substance abuse and personality disorders. In H.R. Kranzler & B.J. Rounsaville (Eds.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders* (pp. 317-363). New York: Marcel Dekker Press.

- VINE RG; STEINGART AB (1994) *Personality disorder in the elderly depressed*. *Can J Psychiatry*, 39(7):392-8.
- VOCISANO & KLEIN DN C (in press). *Depressive and self-defeating (masochistic) personality disorders*. In T.Millon , P.H. Blaney, & R.D. Davis (Eds), *Oxford textbook of psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- VOCISANO C, KLEIN DN, KEEFE RS, DIENST ER, KINCAID MM. (1996) *Demographics, family history, premorbid functioning, developmental characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorder*. *Am J Psychiatry*.; 153(2):248-55.
- VOGT T, POPE C, MULLOOLY J, HOLLIS J (1994) *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*, 84(2), 227-31.
- VON ZERSSEN D, TAUSCHER R, POSSL J. (1994) *The relationship of premorbid personality to subtypes of an affective illness. A replication study by means of an operationalized procedure for the diagnosis of personality structures*. *J Affect Disord*.; 32(1):61-72.
- VON ZERSSEN D (1994). *Personlichkeitszuge als Vulnerabilitatsindikatoren. Probleme ihrer Erfassung. Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 62, 1-13. En: Pukrop et al 1998. *Special feature: personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships*. *J of Pers Disord*, 12(3), 226-246.
- VON ZERSSEN D, POSSL J, HECHT H, BLACK C, GARCZYNSKI E, BARTHELMES H.(1998) *The Biographical Personality Inventory (BPI)- A new approach to the assessment of premorbid personality in psychiatric research. Part I: Development of the instrument*. *J.Psychiatr Res*; 32:19-25,.
- WATSON D & CLARK LA (1984) *Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states*. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- WATSON D, CLARK LA, CAREY G. (1988). *Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders*. *J Abnorm Psychol* 97: 346-353.
- WATSON D & CLARK LA (1995). *Depression and the melancholic temperament*. *European J of Personality* 9, 351-366.
- WDWG. (1995) *Dysthymia in clinical practice*. *Br J Psychiatry* 166: 174-183.
- WEISSMAN MM, WICKRAMARATNE P, MERIKANGAS KR, LECKMAN JF, PRUSOFF BA, CARUSO KA, KIDD KK, GAMMON GD. (1984). *Onset of major*

depression in early adulthood: increased familial loading and specificity. *Arc Gen Psychiatry* 41, 1136-1143.

WEISSMAN MM, MYERS JK AND HARDING PS (1978) Psychiatric disorders in a US urban community: 1975 to 1976. *Am J of Psychiatry*, 135, 459-462.

WEISSMAN MM, LEAF PJ, BRUCE ML AND FLORIO L (1988) The epidemiology of dysthymia in five communities: Rates, risks comorbidity and treatment. *Am J Psychiatry* 145, 815-819.

WESSELY S (1990) Old wine in new bottles: Neurasthenia and "ME ". *Psychology of Medicine*, 20, 35-53.

WESTEN D and SHEDLER J (1999) Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J of Psychiatry*, 156, 258-272.

WETZEL RD, CLONINGER CR, HONG B & REICH T. (1980). Personality as a subclinical expression of the affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 197-205.

WIDIGER TA, FRANCES A (1985) The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry* 42: 615-623.

WIDIGER TA & FRANCES A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 7, 49-75.

WIDIGER TA. (1993) Issues in the validation of the personality disorders. *Prog Exp Pers Psychopathol Res.*; 16:117-36

WIDIGER TA (1989). The characterological distinction between personality and affective disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 77-91.

WIDIGER TA, COSTA PT JR. (1994) Personality and personality disorders. *J Abnorm Psychol.*; 103(1):78-91.

WIDIGER TA, VERHEUL R, VAN DEN BRINK W.(1999) Personality and psychopathology,13, 347-366. In *Handbook of personality. Theory and research* (2^o ed.) Pervin LA., John OP. New York/London. Guilford Press.

WIENER M (1989) Psychopathology reconsidered: depressions interpreted as psychosocial transactions. *Clinical Psychology Review*, 9, 295-321.

WIGGINS J. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. Kendall & J. Butcher (Eds.). *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183-221). New York, Wiley.

- WILLIAMS JB, GIBBON M, FIRST MV, SPITZER RL, DAVIES M, BORUS J, et al (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II). Multisite test reliability. *Arch Gen Psychiatry* 49, 630-636.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992) *International Classification of Diseases*, 10th ed. (ICD-10). WHO. Geneva.
- YANOVSKI SZ, NELSON JE, DUBBERT BK, SPITZER RL (1993) Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, CHAUNCEY DL & GUNDERSON JG (1987). The Diagnostic Interview for Personality Disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 467-480.
- ZANARINI MC, FRANKENBURG FR, REICH DB et al.(1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *J of Nervous and Mental Disease*, 187, 65-71.
- ZIMMERMAN M (1989) Melancholia:from DSM-III to DSM-III-R.*Am.J.Psych.*, 146(1),20-28.
- ZIMMERMAN M and CORYELL WH (1990) Diagnosing personality disorders in the community. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 47, 527-531.
- ZIMMERMAN M, PFOHL B, CORYELL WH, CORENTHAL C, STANGL D. (1991) Major depression and personality disorder. *J Affect Disord.* (4):199-210.
- ZINBARG RE, BARLOW DH, LIEBOWITZ M, STREET L, BROADHEAD E, KATON W, ZONDERMAN AB, HERBST JH, SCHMIDT C, JR, COSTA PT JR, & MCCRAE RR (1993). Depressive symptoms as nonspecific, graded risk for psychiatric diagnoses, *J of Abnormal Psychology*, 102(4), 544-552.
- ZONDERMAN AB, HERBST JH, SCHMIDT C JR, COSTA PT JR, MCCRAE RR. (1993) Depressive symptoms as a nonspecific, graded risk for psychiatric diagnoses. *J Abnorm Psychol.*; 102(4):544-52.
- ZUCKERMAN M, KUHLMAN DM, CAMAC C (1988) What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *J Pers Soc Psychol* 54: 96-107.

VII- APÉNDICES:

1. - tablas y figuras:

TABLA I:
Análisis factorial para p.d., t.p. scid y mcmi:

Rotated Component Matrix

	Component										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
sexo	-.940E-02	.483	-.466E-02	.100	.180	-.529	9.645E-02	.181	.122	-1.63E-02	.347
MCMi-III esquizoide	5.775E-03	.474	.417	.108	1.385E-02	-4.75E-02	.137	.148	.308	.174	7.135E-02
evitador	.246	.721	.144	.113	-9.42E-02	.149	-7.89E-02	-5.85E-02	-.163	3.267E-02	.101
depresivo	-.220	.437	.142	5.683E-03	-.116	.140	.365	-.214	-.111	.144	5.855E-02
dependiente	-.125	.680	-5.95E-02	7.506E-02	3.458E-02	6.425E-02	.134	-.152	4.772E-03	-.286	-.163
histriónico	.103	-.268	9.798E-02	-.130	.112	-1.67E-02	-.683	8.601E-02	-.157	6.018E-02	-.119
narcisista	-3.50E-02	-.173	-5.05E-03	-.144	-.196	-8.13E-03	-.243	.739	6.068E-02	6.334E-02	-6.89E-02
antisocial	-.131	9.296E-03	-8.68E-03	6.596E-02	.148	.141	-7.10E-02	-8.40E-03	1.978E-02	.706	.224
agresivo	.332	.139	.546	-8.97E-02	-7.24E-02	-8.14E-03	5.873E-03	-.180	-3.59E-02	.364	-3.90E-03
compulsivo	.179	-.162	-.128	-.464	-.152	3.182E-02	-.116	-.264	.227	.329	-.206
pasivo-agresivo	-.306	7.898E-02	6.560E-03	.724	-7.11E-02	5.710E-02	.194	2.058E-02	5.573E-04	.102	-4.20E-02
autodesvalorizado	-.232	.254	-3.73E-02	.106	.132	.581	-7.33E-02	1.529E-02	-.132	-9.34E-02	-2.48E-02
esquizotípico	.780	-8.78E-02	9.105E-02	1.503E-02	.108	-7.02E-02	9.279E-02	-8.03E-02	2.441E-02	-.212	7.411E-02
borderline	.247	.141	9.590E-02	.766	-4.11E-02	7.826E-02	-9.18E-02	-.138	-.110	9.436E-02	-8.87E-02
paranoide	.779	8.945E-02	-3.27E-02	-7.83E-02	-3.93E-02	-9.27E-02	3.214E-02	.109	8.525E-02	.145	-2.31E-03
intentos de suicidio	-.116	-3.03E-02	-.631	-.254	-.237	-.127	.137	1.036E-02	.205	9.133E-02	4.121E-02
Ingresos psiquiátricos	8.125E-02	-1.48E-02	-.846	3.884E-02	-1.31E-02	1.882E-02	-9.83E-02	-4.14E-02	4.625E-02	8.736E-02	-9.79E-03
SCID-II:obsesivo	.198	-7.66E-02	-.238	-.121	-.244	7.533E-02	-3.63E-02	.233	.455	-.228	.250
SCID-II:dependiente	-6.84E-02	.155	2.042E-02	-7.06E-02	6.546E-02	.317	-6.37E-03	-.219	.139	-.610	.199
SCID-II:evitativo	7.683E-02	.250	8.716E-02	-.196	-.185	.431	.242	-2.65E-02	.239	.164	.358
SCID-II:pasivo-agresivo	-.108	.185	.382	.166	.319	.204	-2.19E-02	.389	7.160E-02	7.446E-02	.102
SCID-II:autodestructivo	-3.28E-02	9.990E-03	5.748E-02	.137	5.050E-02	.705	.162	.135	-4.85E-02	9.888E-03	-6.02E-02
SCID-II:borderline	-5.34E-02	-9.77E-02	-4.99E-02	.479	3.529E-02	.289	-.147	-5.47E-02	.364	-3.29E-04	.408
SCID-II:antisocial	.157	-6.86E-02	.271	5.188E-02	.788	-4.91E-02	.130	-8.45E-03	8.493E-02	9.239E-03	-2.00E-02
SCID-II:histriónico	-4.40E-02	3.347E-02	6.961E-02	6.218E-02	-4.04E-02	.153	-2.46E-02	1.667E-02	-.816	1.581E-02	.141
SCID-II:narcisista	.279	-7.26E-02	-4.40E-02	5.777E-02	.396	.188	.326	.607	-.110	2.433E-02	5.688E-02
SCID-II:esquizoide	6.682E-02	1.748E-02	9.574E-03	-2.11E-02	-5.13E-02	-.122	7.762E-02	-9.89E-03	-.117	5.417E-02	.803
SCID-II:esquizotípico	.101	5.574E-04	.110	.163	-.709	-.116	.315	2.062E-02	-.111	-6.47E-02	7.074E-02
SCID-II:paranoide	.351	-9.42E-02	.120	-8.55E-02	4.158E-02	9.803E-02	.693	7.018E-03	-.116	-6.91E-02	-2.67E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 17 iterations.

TABLA II a:
Regresión logística de p.d., t.p. scid y mcmi:

-2 Log Likelihood 74.175
Goodness of Fit 65.085

	Chi-cuadr.	df	Significancia
Model	25.361	11	.0081
Predicción			
	ninguna de los d	depresiva person	Percent
Correcta			
Observada		n	I
			d
		+-----+-----+	
ninguna de los d	n	I	34
		I	8
		+-----+-----+	
depresiva person	d	I	11
		I	20
		+-----+-----+	
		global	73.97%

----- Variables en la Ecuacion -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.2845	.3053	.8680	1	.3515	.0000	1.3290
FAC2_1	-.7362	.2997	6.0354	1	.0140	-.2014	.4790
FAC3_1	.1285	.3482	.1362	1	.7121	.0000	1.1371
FAC4_1	-.6953	.3305	4.4243	1	.0354	-.1561	.4989
FAC5_1	-.3400	.4642	.5366	1	.4639	.0000	.7117
FAC6_1	-.2193	.2784	.6206	1	.4308	.0000	.8030
FAC7_1	-.9541	.4122	5.3580	1	.0206	-.1837	.3851
FAC8_1	.4865	.3762	1.6726	1	.1959	.0000	1.6266
FAC9_1	-.0187	.3109	.0036	1	.9521	.0000	.9815
FAC10_1	.1505	.3187	.2229	1	.6369	.0000	1.1624
FAC11_1	-.5565	.3568	2.4333	1	.1188	-.0660	.5732
Constant	-.4544	.3147	2.0846	1	.1488		

Tabla IIb: misma regresion que la IIa, pero reestimando los factores significativos (2,4,7, y se incluye el 11 por su tendencia a serlo)._

Total number of cases: 73 (Unweighted)
 Number of selected cases: 73

Dependent Variable..	DDD	subgrupos	
-2 Log Likelihood	99.535624		
-2 Log Likelihood	78.720		
Goodness of Fit	66.829		
	Chi-Square	df	Significancia
Model	20.816	4	.0003

Predicción	ninguna de		depresiva person		Percent		
Correcta	n	I	d	I			
Observada	+-----+-----+						
ninguna de los d	n	I	32	I	10	I	76.19%
	+-----+-----+						
depresiva person	d	I	13	I	18	I	58.06%
	+-----+-----+						
				global			68.49%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC2_1	-.6270	.2707	5.3634	1	.0206	-.1838	.5342
FAC4_1	-.5541	.2873	3.7207	1	.0537	-.1315	.5746
FAC7_1	-.9533	.3679	6.7147	1	.0096	-.2176	.3855
FAC11_1	-.6012	.3185	3.5622	1	.0591	-.1253	.5482
Constant	-.3530	.2874	1.5078	1	.2195		

TABLA III:
Análisis factorial para p.d y distimia, con tp(scid).

Rotated Component Matrix

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
sexo	3.277E-02	-2.75E-02	-4.39E-02	-7.28E-03	-7.95E-02	-.123	3.631E-02	.825
agresivo	-.613	9.742E-02	-.118	.107	-.162	.174	.105	-1.46E-02
bipolar-mcmiii	-6.38E-02	5.197E-02	4.989E-02	.154	.781	-1.63E-02	7.349E-02	-.132
TPEPT-MCM-III	-.217	.166	.346	3.283E-02	.431	.289	8.832E-02	.350
intentos de suicidio	.649	.312	-8.25E-02	9.166E-02	-.265	-.145	5.758E-02	1.876E-02
ingresos psiquiátricos	.760	3.466E-02	-4.29E-03	-2.70E-02	-9.79E-02	2.640E-02	.104	-5.46E-02
ANTECEDENTES FAMILIARES	-6.86E-03	3.815E-03	-9.80E-02	-.186	.205	-.163	.678	-8.94E-02
antecedentes personales	.501	-8.66E-02	-6.03E-02	-.398	.135	.164	-.236	.272
SCID-II:obsesivo	.258	.103	.170	.282	4.747E-02	-.659	.251	-.133
SCID-II:dependiente	-1.62E-02	4.393E-02	.580	-.107	-5.95E-02	-.188	-.243	-5.67E-02
SCID-II:evitativo	-.135	.145	.550	.315	-.472	1.722E-03	.146	-3.61E-02
SCID-II:pasivo-agresivo	-.321	-.451	.255	.124	.204	9.341E-02	.258	.136
SCID-II:autodestructivo	3.513E-02	-9.14E-02	.572	.171	.236	.313	-.115	-.263
SCID-II:borderline	.108	-8.64E-02	.586	-.147	.110	-.118	.224	.180
SCID-II:antisocial	-.285	-.656	1.934E-02	.206	-1.93E-02	-5.48E-02	-.354	.246
SCID-II:histrionico	-1.29E-02	-3.12E-02	-2.75E-02	.118	3.266E-02	.739	5.147E-02	-.162
SCID-II:narcisista	.129	-.443	6.263E-02	.630	.271	7.990E-02	-9.99E-04	.148
SCID-II:esquizoide	-3.02E-02	6.316E-02	8.194E-02	.173	-.261	.120	.608	.358
SCID-II:esquizotipico	-.100	.801	8.608E-02	.181	.147	-8.17E-02	-3.70E-02	.183
SCID-II:paranoide	-.156	.102	-9.58E-02	.758	3.209E-02	1.111E-03	-9.64E-02	-2.83E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 24 iterations.

TABLA IV:
Regresión logística para p.d., t.p. (scid):

-2 Log Likelihood	85.445		
Goodness of Fit	71.131		
	Chi-cuadr.	df	Significancia
Model	14.090	8	.0794

Correcta	Predicción			Percent
	ninguna de los d	depresiva person	d	
Observada	n	I	d	
ninguna de los d	n	I	11	I 73.81%
depresiva person	d	I	16	I 51.61%
				Overall 64.38%

----- Variables en la Equacion -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.0895	.3663	.0597	1	.8070	.0000	1.0936

FAC2_1	.1789	.4851	.1359	1	.7123	.0000	1.1958
FAC3_1	-.6572	.2728	5.8045	1	.0160	-.1955	.5183
FAC4_1	-.2889	.3203	.8138	1	.3670	.0000	.7491
FAC5_1	.4172	.2924	2.0362	1	.1536	.0191	1.5177
FAC6_1	-.3687	.2928	1.5856	1	.2080	.0000	.6916
FAC7_1	.3083	.3211	.9219	1	.3370	.0000	1.3611
FAC8_1	-.4194	.3045	1.8970	1	.1684	.0000	.6574
Constant	-.2510	.2989	.7050	1	.4011		

TABLA Va:

Regression logística de distimia, mismos componentes previos:

-2 Log Likelihood	53.065						
Goodness of Fit	53.449						
	Chi-cuadr.	Df	Significancia				
Model	22.608	8	.0039				
	Predicción						
	ninguna de los ddistimica, no de						Percent
Correcta							
		n	I	d			
Observada							
ninguna de los d	n	I	39	I	3	I	92.86%
distimica, no de	d	I	9	I	10	I	52.63%
						global	80.33%

----- Variables en la Ecuacion -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.1280	.4371	.0857	1	.7697	.0000	1.1365
FAC2_1	-1.2569	.9407	1.7853	1	.1815	.0000	.2845
FAC3_1	.0604	.3642	.0275	1	.8683	.0000	1.0623
FAC4_1	-.3909	.4366	.8015	1	.3706	.0000	.6765
FAC5_1	.4717	.3774	1.5622	1	.2113	.0000	1.6027
FAC6_1	.2383	.5373	.1967	1	.6574	.0000	1.2691
FAC7_1	-2.1151	.7502	7.9493	1	.0048	-.2804	.1206
FAC8_1	.8003	.5630	2.0208	1	.1552	.0166	2.2263
Constant	-1.6052	.5294	9.1937	1	.0024		

TABLA Vb: misma regresión previa, pero con solo 3 factores:

Total number of cases:	61 (Unweighted)		
Number of selected cases:	61		
-2 Log Likelihood	75.673682		
-2 Log Likelihood	56.786		
Goodness of Fit	54.355		
	Chi-Square	df	Significance
Model	18.888	3	.0003
			Predicted

		ninguna de los ddistimica, no de			Percent		
Correct		n	I	d			
Observed		+-----+					
ninguna de los d	n	I	38	I	4	I	90.48%
		+-----+					
distimica, no de	d	I	9	I	10	I	52.63%
		+-----+					
						Overall	78.69%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC2_1	-1.3451	.7977	2.8436	1	.0917	-.1056	.2605
FAC7_1	-2.1206	.6849	9.5864	1	.0020	-.3166	.1200
FAC8_1	.9411	.5204	3.2697	1	.0706	.1295	2.5627
Constant	-1.6702	.4670	12.7898	1	.0003		

Tabla VI: Análisis factorial para t.p.(mcmi):

Rotated Component Matrix

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
DSMIVDIA	.594	-3.21E-02	-3.52E-02	-.168	-.116	8.720E-02	-5.79E-02	-4.58E-02
sexo	.138	2.921E-03	1.882E-02	6.859E-02	6.251E-02	.837	1.506E-02	-7.08E-02
DIAGNOSTICO DSM-IV	-5.76E-02	.113	6.660E-02	1.489E-02	-8.27E-02	-.100	2.465E-02	.858
TPEPT-MCMI-III	.119	-4.90E-02	.102	-.131	1.654E-02	5.362E-02	.788	6.889E-02
bipolar-mcmiii	-.303	.126	.305	-9.09E-02	-.141	-.172	.505	-.406
ingresos psiquiátricos	-3.30E-02	4.560E-02	9.868E-02	.847	-.158	-6.61E-02	-9.12E-02	3.014E-03
intentos de suicidio	-4.52E-02	-9.66E-02	-.278	.750	-5.96E-02	8.840E-02	-6.44E-02	1.724E-02
MCMI-III esquizoide	.228	7.006E-03	4.160E-02	-.245	.437	.447	3.581E-02	-7.89E-02
evitador	.440	.139	.322	-9.95E-02	.402	8.147E-02	-2.86E-02	-.109
depresivo	.649	-.169	-.100	-.141	.247	8.192E-02	7.971E-02	.311
dependiente	.673	-3.14E-02	2.435E-02	6.361E-02	-8.45E-03	2.970E-02	.358	-.166
histrionico	-.522	2.742E-02	-.159	-.165	9.311E-02	-.285	-2.33E-02	-.109
narcisista	-.521	-9.11E-02	-.256	-3.48E-02	-6.88E-02	.101	.314	.112
antisocial	-.214	-.343	.153	7.421E-02	.601	5.755E-02	-7.04E-04	.350
agresivo	1.260E-03	.280	-2.06E-02	-.287	.662	-2.89E-02	-3.98E-02	-.186
compulsivo	-.117	.139	-.397	.315	.312	-.428	-9.53E-02	3.137E-02
pasivo-agresivo	.123	-.381	.621	2.503E-02	-4.22E-02	.129	.288	-7.79E-02
autodesvalorizado	.367	-.383	.204	-9.32E-02	1.179E-02	-.379	5.863E-02	-.144
esquizotipico	2.500E-02	.804	9.235E-02	-.129	-8.70E-02	-1.92E-02	-.225	1.360E-02
borderline	5.475E-02	.128	.836	-.109	.143	-2.88E-02	1.933E-02	.121
paranoide	-9.10E-02	.765	-5.85E-02	9.790E-02	.253	1.237E-02	.272	5.258E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 18 iterations.

**TABLA VII:
 Regresión logística para personalidad depresiva:**

-2 Log Likelihood	66.416
Goodness of Fit	66.656

	Chi-cuadr.	df	Significancia
Model	33.120	8	.0001
Predicción			
	ninguna de los d	d	depresiva person
Correcta			Percent
		n	I
		d	
Observada			
ninguna de los d	n	I	33
		I	9
		I	78.57%
depresiva person	d	I	9
		I	22
		I	70.97%
			global 75.34%

----- Variables en la Ecuacion -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	-1.6237	.4367	13.8227	1	.0002	-.3446	.1972
FAC2_1	.3784	.3095	1.4943	1	.2216	.0000	1.4599
FAC3_1	-.6691	.3292	4.1315	1	.0421	-.1463	.5122
FAC4_1	.0859	.3237	.0704	1	.7907	.0000	1.0897
FAC5_1	.0365	.3492	.0109	1	.9168	.0000	1.0371
FAC6_1	-.7895	.3690	4.5775	1	.0324	-.1609	.4541
FAC7_1	.4958	.3537	1.9648	1	.1610	.0000	1.6419
FAC8_1	.0237	.3367	.0050	1	.9438	.0000	1.0240
Constant	-.5548	.3493	2.5226	1	.1122		

TABLA VIII a:
Regression logística para la distimia, 7 componentes.

-2 Log Likelihood	64.422		
Goodness of Fit	59.140		
	Chi-cuadr.	Df	Significancia
Model	8.882	7	.2613
Predicción			
	ninguna de los d	d	distimica, no de
Correcta			Percent
		n	I
		d	
Observada			
ninguna de los d	n	I	39
		I	3
		I	92.86%
distimica, no de	d	I	13
		I	5
		I	27.78%
			global 73.33%

----- Variables en la Ecuacion -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	-.1737	.3470	.2504	1	.6168	.0000	.8406
FAC2_1	.0002	.3349	.0000	1	1.0000	.0000	1.0002
FAC3_1	-.1296	.3191	.1650	1	.6846	.0000	.8785
FAC4_1	-.7702	.4691	2.6960	1	.1006	-.0974	.4629
FAC5_1	-.7029	.4157	2.8593	1	.0908	-.1083	.4952

FAC6_1	-.2158	.2994	.5195	1	.4711	.0000	.8059
FAC7_1	-.1496	.2976	.2529	1	.6150	.0000	.8610
Constant	-1.0013	.3805	6.9230	1	.0085		

Tabla VIII b: Regresión para distimia, con 4 factores:

-2 Log Likelihood	69.032						
Goodness of Fit	61.880						
	Chi-cuadr.	Df	Significancia				
Model	4.271	4	.3705				
	Predicción						
	ninguna de los d	distimica, no de	Percent				
Correcta							
		n	I	d			
Observada							
ninguna de los d	n	I	42	I	0	I	100.00%
distimica, no de	d	I	16	I	2	I	11.11%
					global		73.33%

----- Variables en la Ecuacion -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	-.1999	.3003	.4434	1	.5055	.0000	.8188
FAC2_1	-.0844	.2637	.1023	1	.7490	.0000	.9191
FAC3_1	-.1309	.2884	.2060	1	.6499	.0000	.8773
FAC4_1	-.7609	.4568	2.7749	1	.0958	-.1028	.4673
Constant	-.9186	.3524	6.7954	1	.0091		

Tabla VIII c: Regresión para distimia, con solo 2 factores:

Total number of cases: 61 (Unweighted)
 Number of selected cases: 61

-2 Log Likelihood	75.673682						
-2 Log Likelihood	66.889						
Goodness of Fit	61.589						
	Chi-Square	df	Significance				
Model	8.785	2	.0124				
	Predicted						
	ninguna de los d	distimica, no de	Percent				
Correct							
		n	I	d			
Observed							
ninguna de los d	n	I	39	I	3	I	92.86%
distimica, no de	d	I	14	I	5	I	26.32%
					Overall		72.13%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC4_1	-.7214	.4334	2.7714	1	.0960	-.1010	.4860
FAC5_1	-.7786	.3847	4.0952	1	.0430	-.1664	.4590
Constant	-1.0450	.3326	9.8704	1	.0017		

TABLA IXa: Análisis factorial subescalas big-five:

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
dinamismo	-2.52E-02	.128	.730	.114
dominancia	-5.29E-02	.210	.601	-.343
cooperación	.303	.720	-9.15E-02	-2.02E-02
cordialidad	.701	.248	-.207	.224
escrupulosidad	.267	.545	.126	.271
perseverancia	-.454	.666	.132	9.675E-02
control emociones	.122	-.335	.683	.149
control impulsos	.813	4.049E-02	.196	-3.47E-02
apertura cultura	.217	6.386E-02	.138	.720
apertura experiencia	-.107	.120	-7.19E-02	.828

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

TABLA IXb:

Análisis factorial para el big-five:

Rotated Component Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
energía	-9.07E-02	.144	.863	.150	2.084E-02
dinamismo	5.555E-02	.101	.852	9.874E-02	5.753E-03
dominancia	6.405E-03	-.174	.472	8.865E-02	4.480E-02
afabilidad	.821	.227	3.862E-02	-2.20E-02	8.046E-02
cooperación	.720	-5.12E-02	.180	-.153	.191
cordialidad	.713	.161	-.226	.124	2.852E-02
tesón	3.162E-03	9.161E-02	-6.71E-02	-.106	.858
escrupulosidad	.275	.147	-4.65E-02	.228	.716
perseverancia	2.767E-02	2.573E-02	.266	-.245	.620
estabilidad emocional	5.698E-02	7.968E-02	.199	.818	-.119
control emociones	-.270	-7.07E-04	.286	.738	6.113E-02
control impulsos	.542	-2.58E-02	-7.50E-02	.642	-.124
apertura mental	7.419E-02	.900	1.960E-02	-9.49E-03	6.266E-02
apertura cultura	.201	.770	7.560E-02	.116	1.538E-02
apertura experiencia	2.351E-02	.780	-6.93E-02	-2.65E-02	.156

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

TABLA X:
Regresión logística para personalidad depresiva del big-five:

-2 Log Likelihood	88.184						
Goodness of Fit	71.679						
	Chi-cuadr.	df	Significancia				
Model	10.236	4	.0366				
	Predicción						
	ninguna de los ddepresiva person			Percent			
Correcta							
		n	I	d			
Observada		+-----+-----+					
ninguna de los d	n	I	32	I			
				9			
				I			
				78.05%			
				+-----+-----+			
depresiva person	d	I	16	I			
				15			
				I			
				48.39%			
				+-----+-----+			
				global 65.28%			
	----- Variables en la Ecuacion -----						
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	-.1148	.2521	.2073	1	.6489	.0000	.8916
FAC2_1	-.0992	.2438	.1655	1	.6841	.0000	.9056
FAC3_1	.7599	.2998	6.4243	1	.0113	.2120	2.1380
FAC4_1	.3675	.2758	1.7755	1	.1827	.0000	1.4441
Constante	-.2686	.2601	1.0662	1	.3018		

TABLA XI:
Regresión logística para la distimia, del big-five:

-2 Log Likelihood	61.369						
Goodness of Fit	58.227						
	Chi-Square	df	Significance				
Model	11.214	5	.0473				
	Predicted						
	ninguna de los d	distimica, no de		Percent			
Correct							
Observed		n	I	d			
ninguna de los d	n	I	37	I	4	I	90.24%
distimica, no de	d	I	12	I	6	I	33.33%
						Overall	72.88%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_2	.0730	.3220	.0514	1	.8207	.0000	1.0757
FAC2_2	.0043	.3120	.0002	1	.9890	.0000	1.0043
FAC3_2	.3615	.3384	1.1415	1	.2853	.0000	1.4355
FAC4_2	.7727	.3726	4.3004	1	.0381	.1780	2.1655
FAC5_2	.8632	.3606	5.7309	1	.0167	.2267	2.3709
Constant	-.8474	.3314	6.5389	1	.0106		

TABLA XII:
Análisis factorial de los items de la entrevista de personalidad depresiva:

Rotated Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
triste	.618	.232	.181	.271	.208	-7.34E-02	.108	5.939E-02	8.667E-02
pesimista	.647	1.857E-04	-5.49E-03	.195	4.207E-02	2.186E-02	.417	-1.61E-02	.262
reactividad negativa	.603	.181	-5.24E-02	9.286E-02	.146	-.410	-3.80E-02	6.065E-02	-7.28E-02
amargado	.281	-9.72E-02	.652	.242	-1.56E-02	-.147	-.130	.224	8.371E-02
remordimientos	.257	.361	-2.03E-02	-.159	-.187	3.961E-03	.491	.324	8.908E-02
baja autoestima	.120	.350	.270	.136	.290	.199	.403	.187	-.153
preocupación	.420	.205	.196	.261	.105	-.102	.206	-.460	-.131
sobrecargado	5.287E-02	-4.21E-02	.232	.149	8.461E-02	9.113E-02	.101	.807	-.186
crítico de otros	4.184E-02	-6.44E-02	2.249E-02	8.488E-02	-5.50E-03	8.481E-02	.726	-3.28E-02	-2.03E-02
introvertido	-3.24E-02	.668	.148	.217	9.885E-02	.218	-.208	-2.75E-02	8.341E-02
tranquilo	-4.21E-02	.557	-.539	8.574E-02	-2.82E-02	-9.69E-02	-3.51E-02	-.141	-5.28E-02
serio	.123	.110	-.106	.732	-2.99E-02	.241	-5.24E-02	.124	-8.58E-02
constreñido	.404	2.192E-02	1.562E-02	.124	.583	-.232	-8.64E-02	-4.93E-03	-.121
tenso	6.810E-03	2.168E-02	.786	-.113	-1.78E-03	4.621E-02	.105	4.115E-02	.129
diversión	.248	.149	.293	.583	.142	-.102	.211	1.448E-02	.128
retraído	.121	.378	5.702E-02	.354	6.057E-02	-.295	8.988E-02	.255	.335
pasiv	7.351E-02	.738	-.109	2.939E-03	.116	-3.39E-02	.109	-7.86E-02	4.494E-02
dependiente	.336	.477	-3.78E-02	-.166	.310	2.606E-02	.273	.101	-.116
enfado	-.679	9.307E-02	-8.55E-02	8.918E-02	-3.72E-02	-.143	-2.82E-02	-3.80E-02	4.148E-02
hipersensible al rechazo	.524	.258	.500	3.380E-02	-.187	.133	-3.07E-02	-.233	-.117
oral	.217	.381	.204	-.487	-1.18E-02	6.992E-02	-8.49E-02	.271	6.567E-04
contradependiente	-6.62E-02	2.271E-02	.216	-2.46E-02	7.457E-02	-4.89E-02	2.551E-02	-.147	.811
moralista	.371	6.264E-02	-.376	5.997E-02	-5.13E-02	.258	-.303	8.706E-02	.474
autocrítico	5.864E-02	.131	-.102	3.136E-02	-6.98E-02	.736	.119	.148	3.371E-02
abnegado, sacrificado	-7.77E-02	-5.53E-02	.324	.170	.365	.582	2.121E-02	-7.14E-02	-.143
poco ambicioso	3.942E-02	.230	-6.34E-02	-2.22E-02	.818	.121	1.724E-02	3.369E-02	.192

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 23 iterations.

TABLA XIII:

Regresión logística para personalidad depresiva, items de la escala depresiva:

Total number of cases:	73 (Unweighted)
Number of selected cases:	73
-2 Log Likelihood	99.535624
-2 Log Likelihood	17.002
Goodness of Fit	22.513
	Chi-Square df Significance
Model	82.533 8 .0000
	Predicted
	ninguna de los d depresiva person Percent
Correct	
	n I d
Observed	+-----+-----+
ninguna de los d	n I 41 I 1 I 97.62%
	+-----+-----+
depresiva person	d I 1 I 30 I 96.77%
	+-----+-----+
	Overall 97.26%
----- Variables in the Equation -----	
Variable	B S.E. Wald df Sig R Exp(B)
FAC1_1	6.8132 3.0363 5.0352 1 .0248 .1746 909.7560

FAC2_1	7.2439	3.0365	5.6911	1	.0171	.1926	1399.5551
FAC3_1	4.6384	2.4795	3.4996	1	.0614	.1227	103.3831
FAC4_1	2.7374	1.3431	4.1540	1	.0415	.1471	15.4466
FAC5_1	3.9491	1.6563	5.6846	1	.0171	.1924	51.8885
FAC6_1	1.7085	1.1369	2.2582	1	.1329	.0509	5.5204
FAC7_1	2.7553	1.1723	5.5239	1	.0188	.1882	15.7261
FAC8_1	1.0439	.8216	1.6142	1	.2039	.0000	2.8402
Constant	-1.8525	1.1897	2.4248	1	.1194		

TABLA XIV:
Regresión logística para la distimia, items de la escala depresiva.

Total number of cases:		61 (Unweighted)					
Number of selected cases:		61					
-2 Log Likelihood	73.303716						
-2 Log Likelihood	63.124						
Goodness of Fit	55.750						
	Chi-Square	df	Significance				
Model	10.180	2	.0062				
		Predicted					
		ninguna de los ddistimica, no de				Percent	
Correct		n	I	d			
Observed		+-----+-----+					
ninguna de los d	n	I	39	I	3	I 92.86%	
		+-----+-----+					
distimica, no de	d	I	13	I	5	I 27.78%	
		+-----+-----+					
		Overall 73.33%					
----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.9258	.3477	7.0898	1	.0078	.2635	2.5239
FAC4_1	.3637	.2903	1.5694	1	.2103	.0000	1.4386
Constant	-.5830	.3108	3.5194	1	.0607		

TABLA XV:
Análisis factorial con mcmi, escala dep.y big-five:

COMPONENTES PRINCIPALES ROTADOS:

Rotated Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
negativista	.600	-5.07E-02	-.138	-3.89E-02	.260	.210	2.832E-02	.145	-.121
introverso, tenso	.386	2.170E-02	-7.13E-02	-8.86E-02	.553	.341	.269	8.940E-03	-.191
pasivo, retraído	.569	.264	-1.52E-03	2.756E-02	.336	-1.01E-02	6.143E-02	2.304E-02	-.211
sacrificado, abnegado	4.960E-02	5.852E-02	-.107	.169	.673	-6.52E-02	.128	-7.83E-02	4.918E-02
MCM-III esquizoide	-.297	-.335	7.591E-02	9.762E-02	-9.64E-02	-1.53E-02	-7.24E-02	.589	.185
evitador	-.632	-.132	.267	.173	.123	.122	-7.14E-02	3.595E-02	7.724E-02
depresivo	-.680	-.145	-8.54E-02	-.216	8.384E-02	-4.46E-02	-5.99E-02	.102	3.935E-02
dependiente	-.612	5.927E-03	8.372E-02	-.214	1.581E-02	4.769E-02	1.862E-02	.187	-.367
histriónico	.474	-.167	-6.96E-02	-2.76E-03	.276	.145	-8.14E-02	-.184	5.815E-02
narcisista	.483	-5.41E-02	-.109	-1.50E-02	-.145	.487	-.209	.250	.117
antisocial	-7.78E-02	8.743E-03	5.405E-02	-.101	4.301E-02	3.708E-02	-8.31E-02	-6.19E-02	.845
agresivo	-.110	-.311	.172	.234	.559	-.176	-.285	.191	.202
compulsivo	.201	.224	-.268	.117	.146	-.164	-.501	-.158	8.381E-02
pasivo-agresivo	-.103	2.983E-02	.625	-.287	-.345	-4.44E-02	.224	5.640E-02	.137
autodesvalorizado	-.199	-6.77E-02	.361	-.448	-3.31E-02	-9.04E-02	-6.13E-02	9.270E-02	-.142
esquizotípico	3.454E-02	-9.27E-02	7.192E-02	.787	1.062E-02	-.195	-4.78E-02	-.117	-.291
borderline	-.106	-.115	.804	.162	-2.97E-03	7.213E-02	6.462E-02	3.310E-02	2.088E-03
paranoide	-8.64E-03	3.028E-02	-4.12E-03	.756	.208	9.573E-02	-5.10E-03	.145	5.549E-02
intentos de suicidio	7.489E-02	.765	-.250	-.102	2.840E-02	-1.09E-02	-8.60E-02	.267	1.494E-02
ingresos psiquiátricos	6.411E-02	.855	6.628E-02	8.387E-02	-4.40E-02	8.809E-02	2.124E-02	-.144	1.061E-02
energía	.162	6.219E-02	5.648E-02	1.768E-03	.345	-3.89E-02	.756	-8.09E-02	-9.39E-03
afabilidad	-.130	.226	-9.56E-02	-4.45E-02	6.852E-02	.631	-4.36E-02	-.338	-.270
tesón	2.992E-03	-.201	3.440E-02	1.335E-02	-3.45E-02	.114	-9.88E-02	-.741	.214
estabilidad emocional	4.281E-02	7.428E-03	-.578	.192	-.168	.113	.550	.218	-7.08E-02
apertura mental	.130	-1.19E-02	9.767E-02	3.359E-02	-3.34E-02	.758	.142	-3.71E-02	.142

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 24 iterations.

TABLA XVI a:

Regresión logística para personalidad depresiva del análisis factorial previo:

Total number of cases: 73 (Unweighted)
 Number of selected cases: 73

-2 Log Likelihood	99.535624			
-2 Log Likelihood	12.396			
Goodness of Fit	13.508			
	Chi-Square	df	Significance	
Model	87.140	9	.0000	
			Predicted	
			ninguna de los d	depresiva person
Correct			Percent	
		n	I	d
Observed				
ninguna de los d	n	I	40	I 2 I 95.24%
depresiva person	d	I	1	I 30 I 96.77%
				Overall 95.89%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	17.3856	9.3487	3.4584	1	.0629	.1210	35521108

FAC2_1	.7090	.9722	.5318	1	.4658	.0000	2.0320
FAC3_1	-1.5452	1.2393	1.5546	1	.2125	.0000	.2133
FAC4_1	-4.1211	2.4284	2.8799	1	.0897	-.0940	.0162
FAC5_1	14.7843	8.4288	3.0766	1	.0794	.1040	2634819.2
FAC6_1	10.1195	5.5279	3.3512	1	.0672	.1165	24823.326
FAC7_1	1.8115	1.7380	1.0864	1	.2973	.0000	6.1197
FAC8_1	-.9325	1.5827	.3471	1	.5557	.0000	.3936
FAC9_1	-.1532	.9323	.0270	1	.8695	.0000	.8580
Constant	-2.8493	1.8310	2.4216	1	.1197		

TABLA XVIIb: Reestimación de la regresión previa:

-2 Log Likelihood	17.550						
Goodness of Fit	19.672						
	Chi-Square	df	Significance				
Model	81.986	4	.0000				
	Predicted						
	ninguna de los ddepresiva person						Percent
Correct		n	I	d			
Observed		+-----+-----+-----+					
ninguna de los d	n	I	41	I	1	I	97.62%
		+-----+-----+-----+					
depresiva person	d	I	2	I	29	I	93.55%
		+-----+-----+-----+					
					Overall		95.89%
----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	10.0015	3.9635	6.3675	1	.0116	.2095	22059.476
FAC4_1	-2.4968	1.3084	3.6418	1	.0563	-.1284	.0823
FAC5_1	8.8540	3.5336	6.2782	1	.0122	.2073	7002.3140
FAC6_1	6.2163	3.0744	4.0882	1	.0432	.1448	500.8512
Constant	-2.2123	.9410	5.5268	1	.0187		

TABLA XVIIa: Regresión logística para la distimia, análisis factorial previo:

Total number of cases:	61 (Unweighted)						
-2 Log Likelihood	73.303716						
-2 Log Likelihood	49.125						
Goodness of Fit	57.569						
	Chi-Square	df	Significance				
Model	24.178	9	.0040				
	Predicted						
	ninguna de los ddistimica, no de						Percent
Observed		n	I	d			
ninguna de los d	n	I	38	I	4	I	90.48%
		+-----+-----+-----+					
distimica, no de	d	I	7	I	11	I	61.11%
		+-----+-----+-----+					
					Overall		81.67%

----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.1001	.4392	.0520	1	.8197	.0000	1.1053
FAC2_1	-1.1187	.6030	3.4416	1	.0636	-.1402	.3267
FAC3_1	-.6321	.3683	2.9454	1	.0861	-.1136	.5315
FAC4_1	-.2836	.3537	.6430	1	.4226	.0000	.7530
FAC5_1	-.0769	.4108	.0350	1	.8515	.0000	.9260
FAC6_1	.4642	.3745	1.5365	1	.2151	.0000	1.5907
FAC7_1	.7419	.4048	3.3596	1	.0668	.1362	2.1000
FAC8_1	-1.0920	.3982	7.5218	1	.0061	-.2745	.3355
FAC9_1	-.1988	.3699	.2889	1	.5909	.0000	.8197
Constant	-1.2571	.5648	4.9530	1	.0260		

TABLA XVIIb:

Total number of cases:		61 (Unweighted)	
-2 Log Likelihood	73.303716		
-2 Log Likelihood	51.974		
Goodness of Fit	54.070		
	Chi-Square	df	Significance
Model	21.330	4	.0003
Predicted			
	ninguna de los d	distimica, no de	Percent
Correct			
	n	I	d
Observed			
ninguna de los d	n	I	39
		I	3
		I	92.86%
distimica, no de	d	I	6
		I	12
		I	66.67%
			Overall 85.00%

----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC2_1	-1.2848	.5784	4.9339	1	.0263	-.2001	.2767
FAC3_1	-.6545	.3493	3.5112	1	.0610	-.1436	.5197
FAC7_1	.7113	.3680	3.7364	1	.0532	.1539	2.0366
FAC8_1	-1.0606	.3783	7.8615	1	.0050	-.2828	.3462
Constant	-1.3395	.4138	10.4783	1	.0012		

TABLA XVIII: Análisis factorial, scid+big-five:

Rotated Component Matrix

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
bipolar-mcmiii	-.141	-.325	.379	.393	.257	.367	2.303E-02	7.753E-03
TPEPT-MCMI-III	-.290	-2.31E-02	.640	2.790E-03	-.110	.253	.141	8.624E-02
ingresos psiquiátricos	.798	-7.52E-02	4.714E-02	-3.30E-02	.102	-7.22E-02	1.497E-02	-6.20E-02
intentos de suicidio	.710	2.022E-02	-.139	-7.41E-02	-.109	.164	-.177	.247
energía	.121	-.733	-8.93E-02	.119	-8.31E-02	-5.61E-02	.277	5.778E-02
afabilidad	.273	-4.94E-02	8.466E-02	-.162	.745	-5.91E-02	-3.46E-02	-8.42E-02
tesón	-9.02E-02	8.538E-03	-9.44E-02	-.107	9.967E-02	6.966E-02	-5.33E-02	-.826
estabilidad emocional	.114	-.347	-.210	.123	1.824E-02	-.222	-.297	.454
apertura mental	-1.83E-02	-.428	.412	9.797E-03	.309	-.177	-.246	-.164
SCID-II:obsesivo	.350	.299	-4.94E-03	.318	3.986E-02	.203	-.528	-7.83E-02
SCID-II:dependiente	-.116	.421	6.996E-02	-8.48E-02	.303	6.399E-02	-2.78E-03	.565
SCID-II:evitativo	6.676E-02	.702	8.913E-02	.144	-.209	1.241E-02	3.788E-02	6.019E-02
SCID-II:pasivo-agresivo	-.279	.132	.467	.268	-.122	-.310	8.721E-02	-8.67E-02
SCID-II:autodestructivo	4.435E-03	.233	.298	.370	.348	3.629E-03	.436	4.641E-02
SCID-II:borderline	.210	.179	.648	-5.29E-02	-3.85E-02	-6.05E-02	-9.14E-02	7.093E-02
SCID-II:antisocial	-.463	-4.64E-02	4.224E-02	.251	-7.34E-02	-.595	-.101	6.492E-02
SCID-II:histrionico	-2.05E-02	-7.23E-02	-3.81E-02	7.625E-02	-4.05E-02	-1.53E-02	.778	-4.08E-02
SCID-II:narcisista	-1.75E-02	-3.71E-02	.149	.743	1.589E-02	-.309	-2.85E-02	6.549E-02
SCID-II:esquizoide	.150	.104	.228	-3.35E-02	-.684	5.495E-03	-4.20E-03	-8.61E-02
SCID-II:esquizotipico	-3.15E-02	.112	2.608E-02	2.866E-02	-.116	.787	-.111	-7.05E-02
SCID-II:paranoide	-.155	3.927E-02	-.248	.656	-.265	.219	9.258E-02	8.352E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 20 iterations.

TABLA XIX: Regresión logística tp(scid), big-five,....:

Total number of cases: 73 (Unweighted)

-2 Log Likelihood 99.535624
 -2 Log Likelihood 84.814
 Goodness of Fit 72.983

Model Chi-Square 14.722 df 8 Significance .0648

Predicted
 ninguna de los ddepresiva person Percent

Correct	Observed	n	I	d	Percent
ninguna de los d	n	32	I	10	76.19%
depresiva person	d	13	I	18	58.06%
					Overall 68.49%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.0482	.3037	.0252	1	.8739	.0000	1.0494
FAC2_1	-.6720	.2624	6.5563	1	.0105	-.2140	.5107
FAC3_1	-.0908	.2753	.1088	1	.7416	.0000	.9132
FAC4_1	-.1250	.2833	.1948	1	.6590	.0000	.8825
FAC5_1	.2678	.3157	.7195	1	.3963	.0000	1.3071

FAC6_1	.4660	.4551	1.0488	1	.3058	.0000	1.5937
FAC7_1	-.5950	.2818	4.4576	1	.0347	-.1571	.5516
FAC8_1	-.2891	.2562	1.2738	1	.2591	.0000	.7489
Constant	-.1436	.2760	.2708	1	.6028		

Tabla XX: Análisis factorial tp(scid), escala depresiva,...

Rotated Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
sexo	-.145	-2.08E-02	-1.30E-03	9.990E-02	.132	-.750	-.112	-6.54E-02	1.810E-02
negativista	.693	-5.79E-02	-.236	-.170	-.153	-2.46E-02	.112	.183	8.010E-02
introverso, tenso	.576	4.420E-02	9.065E-03	-.181	-.197	.270	.229	-.121	.218
pasivo, retraído	.411	.379	-.130	5.165E-02	-.343	.149	.326	-7.40E-02	4.485E-02
sacrificado, abnegado	.221	.105	-.141	-3.76E-02	7.013E-02	-3.45E-02	.726	-9.20E-02	-2.72E-02
depresivo	-.675	-.194	-8.66E-03	-.131	-4.48E-02	5.764E-02	9.814E-03	3.054E-02	.111
agresivo	-.149	-.340	.140	3.305E-02	-6.89E-02	3.112E-02	.677	2.624E-02	.135
bipolar-mcmiii	.570	-.224	.379	.129	.246	.227	-.143	6.314E-02	5.778E-02
TPEPT-MCMI-III	-6.63E-02	-4.89E-02	.593	.140	.386	-2.07E-02	8.028E-02	-.259	-6.29E-02
ingresos psiquiátricos	7.970E-02	.830	-3.97E-03	-3.34E-02	.110	6.419E-03	-.103	-3.52E-02	3.461E-02
intentos de suicidio	-1.74E-02	.761	-.126	-8.92E-02	-8.74E-02	-6.15E-02	1.628E-04	.178	-5.90E-03
SCID-II:obsesivo	.206	.150	-.142	4.766E-02	.132	-6.95E-02	-.273	.727	-9.12E-02
SCID-II:dependiente	-.121	-3.19E-02	.194	-6.49E-02	6.242E-02	.106	-.102	6.876E-02	-.796
SCID-II:evitativo	-.474	-5.53E-04	9.362E-02	3.388E-02	.136	.120	.208	.552	-9.73E-02
SCID-II:pasivo-agresivo	-4.43E-02	-.355	.124	.338	.437	-2.72E-02	-2.79E-02	3.962E-02	.251
SCID-II:autodestructivo	-.258	-6.84E-02	7.608E-02	.197	.400	.634	-.127	-1.88E-03	8.924E-03
SCID-II:borderline	-7.18E-02	6.073E-02	5.948E-02	-1.40E-02	.661	-1.75E-02	3.732E-02	.188	-.137
SCID-II:antisocial	-5.65E-02	-.320	-.167	.657	2.240E-02	-.188	9.496E-02	-.252	-.241
SCID-II:histrionico	-.229	-.111	.475	-3.52E-02	-.247	.234	-.170	-.206	.417
SCID-II:narcisista	5.033E-02	3.552E-02	9.810E-02	.795	7.889E-02	7.534E-02	-8.43E-02	8.655E-02	.172
SCID-II:esquizoide	-.154	4.035E-02	.299	-6.69E-02	.147	-.476	.143	.335	.245
SCID-II:esquizotipico	2.583E-03	-9.40E-02	.815	1.928E-02	-1.58E-02	-7.12E-02	-4.03E-02	.107	-.160
SCID-II:paranoide	-.109	-7.03E-02	.284	.536	-.466	.101	.113	.334	-7.45E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 16 iterations.

Tabla XXIa : regresión logística personalidad depresiva:tp(s), esc.dep.:

Total number of cases:	73 (Unweighted)
-2 Log Likelihood	99.535624
-2 Log Likelihood	15.253
Goodness of Fit	44.228
Model	Chi-Square 84.282 df 9 Significance .0000
	Predicted
	ninguna de los d
	depresiva person
Correct	Percent
Observed	n I d
ninguna de los d	n I 41 I 1 I 97.62%
depresiva person	d I 1 I 30 I 96.77%
	Overall 97.26%

----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	8.6704	3.7824	5.2545	1	.0219	.1808	5827.6212
FAC2_1	.5525	.8347	.4381	1	.5080	.0000	1.7376
FAC3_1	-1.4449	2.0875	.4791	1	.4888	.0000	.2358
FAC4_1	-3.2822	1.5851	4.2874	1	.0384	-.1516	.0375
FAC5_1	-2.9462	1.5328	3.6946	1	.0546	-.1305	.0525
FAC6_1	2.1222	1.5905	1.7802	1	.1821	.0000	8.3493
FAC7_1	7.9913	3.7743	4.4829	1	.0342	.1579	2955.0286
FAC8_1	1.2525	.8892	1.9840	1	.1590	.0000	3.4990
FAC9_1	2.0292	1.2670	2.5654	1	.1092	.0754	7.6084
Constant	-.8529	1.3537	.3970	1	.5287		

TABLA XXIIb:reestimación de la regresión previa:

Total number of cases:	73 (Unweighted)
-2 Log Likelihood	99.535624
-2 Log Likelihood	27.188
Goodness of Fit	26.278
Model	Chi-Square 72.347 df 5 Significance .0000
	Predicted
Correct	ninguna de los ddepresiva person Percent
Observed	n I d
ninguna de los d	n I 39 I 3 I 92.86%
depresiva person	d I 3 I 28 I 90.32%
	Overall 91.78%

----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	5.1223	1.7052	9.0236	1	.0027	.2656	167.7144
FAC4_1	-1.8990	.8727	4.7349	1	.0296	-.1658	.1497
FAC5_1	-1.5992	.7282	4.8234	1	.0281	-.1684	.2020
FAC7_1	5.1355	1.8548	7.6656	1	.0056	.2386	169.9472
FAC9_1	1.4574	.7562	3.7146	1	.0539	.1312	4.2949
Constant	-1.3439	.6725	3.9933	1	.0457		

Tabla XXII : análisis factorial tp(scid),big-five,is,ing,...:

Rotated Component Matrix

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sexo	-5.40E-02	.136	3.388E-02	1.304E-02	.143	-8.51E-03	.150	.202	.762	-7.93E-03
depresivo	-.156	.132	9.281E-03	.189	-5.22E-02	7.835E-02	-1.44E-02	.815	1.846E-02	-1.37E-02
agresivo	-.184	-5.25E-02	3.715E-03	-1.42E-02	-.717	8.744E-02	8.121E-02	7.437E-02	-1.06E-02	-2.71E-03
bipolar-mcmiii	-.230	.348	-.167	.243	8.341E-02	.151	-7.23E-02	-.643	-.187	-4.30E-02
TPEPT-MCMI-III	-.204	.618	-9.67E-02	.233	-.255	5.156E-02	-6.02E-03	-5.33E-02	.188	-.161
intentos de suicidio	.786	-.151	9.630E-02	.215	4.955E-02	9.867E-03	4.147E-03	2.822E-02	9.258E-02	-.238
ingresos psiquiátricos	.785	8.737E-02	-4.45E-02	-3.36E-02	.164	-.101	-6.55E-02	-8.99E-02	-5.85E-02	7.886E-02
energía	.107	-.109	-.755	-4.87E-02	.121	.145	2.822E-02	-.141	-6.24E-02	4.313E-02
afabilidad	.139	.150	4.338E-03	2.811E-02	.322	-.239	-.663	9.143E-02	-4.59E-02	.150
tesón	-.189	-7.29E-02	5.631E-02	.114	7.670E-03	-.142	-4.55E-02	2.181E-02	-3.66E-02	.855
estabilidad emocional	-2.26E-02	-.276	-.189	-.119	.635	.168	6.715E-03	-2.45E-02	.259	-.240
apertura mental	3.152E-02	.312	-.189	-.138	7.221E-02	2.040E-02	-.438	-.277	.382	.215
SCID-II:obsesivo	.210	-2.31E-02	.575	.185	.397	.157	.156	-.242	-5.82E-02	.143
SCID-II:dependiente	-.243	.110	.348	4.887E-02	.299	-.177	-9.62E-02	7.231E-02	-.158	-.556
SCID-II:evitativo	4.622E-02	.186	.533	1.194E-02	-.109	.155	.261	.315	-.161	-9.71E-02
SCID-II:pasivo-agresivo	-.237	.473	9.043E-02	-.397	-.209	.135	.178	-.146	7.779E-03	-1.14E-02
SCID-II:autodestructivo	-.104	.490	-1.25E-03	-2.27E-02	8.701E-02	.258	-.212	.157	-.464	-3.97E-02
SCID-II:borderline	.174	.603	.194	-5.23E-02	9.108E-02	-8.96E-02	5.939E-02	6.238E-02	2.434E-02	-1.23E-02
SCID-II:antisocial	-.336	-4.93E-03	1.419E-02	-.641	-.102	.290	-3.00E-02	-6.34E-02	.187	-6.68E-02
SCID-II:histriónico	-.181	.173	-.508	-1.46E-03	5.254E-02	-2.85E-02	.223	.270	-.407	1.321E-02
SCID-II:narcisista	-2.99E-02	.243	-1.15E-02	-.292	.185	.732	-5.41E-02	-4.01E-02	6.139E-02	6.070E-03
SCID-II:esquizoide	3.632E-02	.192	1.773E-02	4.807E-02	.114	-5.67E-02	.782	6.023E-02	.171	.134
SCID-II:esquizotípico	-4.96E-02	3.616E-02	.151	.808	-.113	.115	6.380E-02	1.084E-03	.103	5.094E-02
SCID-II:paranoide	-8.12E-02	-.147	-1.26E-02	.179	-.173	.758	.151	5.377E-02	-.117	-8.62E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 22 iterations.

TABLA XXIII: Regresión para la distimia del análisis factorial previo:

Total number of cases:	61 (Unweighted)
-2 Log Likelihood	73.303716
-2 Log Likelihood	51.982
Goodness of Fit	66.862
Chi-Square	df Significance
Model	21.322 5 .0007
	Predicted
	ninguna de los ddistimica, no de
Correct	Percent
	n I d
Observed	+-----+-----+
ninguna de los d	n I 38 I 4 I 90.48%
	+-----+-----+
distimica, no de	d I 9 I 9 I 50.00%
	+-----+-----+
	Overall 78.33%

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	-1.1641	.6259	3.4587	1	.0629	-.1411	.3122
FAC3_1	-.7207	.3918	3.3839	1	.0658	-.1374	.4864
FAC5_1	.8540	.3988	4.5868	1	.0322	.1879	2.3491
FAC7_1	-.5851	.3629	2.5989	1	.1069	-.0904	.5571
FAC10_1	.6301	.3588	3.0845	1	.0790	.1216	1.8778
Constant	-1.3690	.4462	9.4146	1	.0022		

TABLA XXIV: Regresión logística conjunta tp(s), escala dep. y distimia (ddd.3):

Total number of cases: 67 (Unweighted)

-2 Log Likelihood	88.520772						
-2 Log Likelihood	21.805						
Goodness of Fit	32.827						
	Chi-Square		df	Significance			
Model	66.716		8	.0000			
			Predicted				
			ninguna de los d	distimia y depre		Percent	
Correct			n	I	d		
Observed			+-----+-----+				
ninguna de los d	n	I	40	I	2	I	95.24%
			+-----+-----+				
distimia y depre	d	I	3	I	22	I	88.00%
			+-----+-----+				
					Overall		92.54%

----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	7.3704	2.7593	7.1350	1	.0076	.2409	1588.2660
FAC2_1	1.0955	.8776	1.5582	1	.2119	.0000	2.9906
FAC3_1	-1.5520	1.0894	2.0296	1	.1543	-.0183	.2118
FAC4_1	-2.1751	1.0464	4.3209	1	.0376	-.1619	.1136
FAC5_1	.8034	.6601	1.4815	1	.2235	.0000	2.2332
FAC6_1	.3999	.7676	.2714	1	.6024	.0000	1.4917
FAC7_1	-1.4310	.9340	2.3473	1	.1255	-.0626	.2391
FAC8_1	.8651	.7039	1.5107	1	.2190	.0000	2.3754
Constant	-.9195	.6536	1.9792	1	.1595		

TABLA XXV: reestimación de la regresión logística previa (ddd.3)

Total number of cases:	67 (Unweighted)						
-2 Log Likelihood	88.520772						
-2 Log Likelihood	28.275						
Goodness of Fit	36.009						
	Chi-Square		df	Significance			
Model	60.246		4	.0000			
			Predicted				
			ninguna de los d	distimia y depre		Percent	
Observed			n	I	d		
ninguna de los d	n	I	40	I	2	I	95.24%
			+-----+-----+				
distimia y depre	d	I	4	I	21	I	84.00%
			+-----+-----+				
					Overall		91.04%

----- Variables in the Equation -----							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	4.6444	1.3533	11.7773	1	.0006	.3323	104.0007
FAC3_1	-1.2695	.6594	3.7069	1	.0542	-.1389	.2810
FAC4_1	-1.1343	.5280	4.6155	1	.0317	-.1719	.3216
FAC7_1	-.7810	.6350	1.5128	1	.2187	.0000	.4580
Constant	-.9423	.5262	3.2074	1	.0733		

TABLA XXVI:

Análisis factorial con t.p.(scid+mcmi) y otras variables:

Rotated Component Matrix

	Component										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
sexo	-9.40E-02	.483	-4.88E-02	.100	.180	-.529	9.845E-02	.181	.122	-1.63E-02	.347
MCMI-III esquizoide	5.775E-03	.474	.417	.108	1.385E-02	-4.75E-02	.137	.148	.308	.174	7.135E-02
evitador	.246	.721	.144	.113	-9.42E-02	.149	-7.89E-02	-5.85E-02	-.163	3.287E-02	.101
depresivo	-.220	.437	.142	5.883E-03	-.116	.140	.365	-.214	-.111	.144	5.855E-02
dependiente	-.125	.880	-5.95E-02	7.506E-02	3.458E-02	6.425E-02	.134	-.152	4.772E-03	-.286	-.163
histriónico	.103	-.268	9.798E-02	-.130	.112	-1.87E-02	-.693	8.601E-02	-.157	6.018E-02	-.119
narcisista	-3.50E-02	-.173	-5.05E-03	-.144	-.198	-8.13E-03	-.243	.739	8.068E-02	8.334E-02	-8.89E-02
antisocial	-.131	9.298E-03	-8.68E-03	8.596E-02	.146	.141	-7.10E-02	-8.40E-03	1.978E-02	.708	.224
agresivo	.332	.139	.546	-8.97E-02	-7.24E-02	-8.14E-03	5.873E-03	-.180	-3.59E-02	.364	-3.90E-03
compulsivo	.179	-.162	-.128	-.464	-.152	3.182E-02	-.116	-.264	.227	.329	-.208
pasivo-agresivo	-.306	7.898E-02	6.560E-03	.724	-7.11E-02	5.710E-02	.194	2.058E-02	5.573E-04	.102	-4.20E-02
autodesvalorizado	-.232	.254	-3.73E-02	.108	.132	.581	-7.33E-02	1.529E-02	-.132	-9.34E-02	-2.48E-02
esquizotípico	.780	-8.78E-02	9.105E-02	1.503E-02	.108	-7.02E-02	9.279E-02	-8.03E-02	2.441E-02	-.212	7.411E-02
borderline	.247	.141	8.590E-02	.768	-4.11E-02	7.826E-02	-8.18E-02	-.138	-.110	9.436E-02	-8.87E-02
paranoide	.779	8.945E-02	-3.27E-02	-7.83E-02	-3.93E-02	-9.27E-02	3.214E-02	.109	8.525E-02	.145	-2.31E-03
intentos de suicidio	-.116	-3.03E-02	-.831	-.254	-.237	-.127	.137	1.036E-02	.205	9.133E-02	4.121E-02
ingresos psiquiátricos	8.125E-02	-1.48E-02	-.846	3.884E-02	-1.31E-02	1.882E-02	-9.83E-02	-4.14E-02	4.625E-02	8.736E-02	-9.79E-03
SCID-II:obsesivo	.198	-7.68E-02	-.238	-.121	-.244	7.533E-02	-3.63E-02	.233	.455	-.228	.250
SCID-II:dependiente	-6.84E-02	.155	2.042E-02	-7.06E-02	6.546E-02	.317	-8.37E-03	-.219	.139	-.810	.199
SCID-II:evitativo	7.883E-02	.250	8.716E-02	-.196	-.185	.431	.242	-2.85E-02	.239	.164	.358
SCID-II:pasivo-agresivo	-.108	.185	.382	.186	.319	.204	-2.19E-02	.389	7.160E-02	7.448E-02	.102
SCID-II:auto destructivo	-3.28E-02	9.990E-03	5.748E-02	.137	5.050E-02	.705	.162	.135	-4.85E-02	9.888E-03	-6.02E-02
SCID-II:borderline	-5.34E-02	-9.77E-02	-4.99E-02	.478	3.529E-02	.289	-.147	-5.47E-02	.364	-3.29E-04	.408
SCID-II:antisocial	.157	-8.86E-02	.271	5.188E-02	.788	-4.91E-02	.130	-8.45E-03	8.493E-02	9.239E-03	-2.00E-02
SCID-II:histriónico	-4.40E-02	3.347E-02	6.961E-02	6.218E-02	-4.04E-02	.153	-2.48E-02	1.867E-02	-.816	1.581E-02	.141
SCID-II:narcisista	.279	-7.28E-02	-4.40E-02	5.777E-02	.396	.186	.328	.807	-.110	2.433E-02	5.888E-02
SCID-II:esquizoide	6.682E-02	1.748E-02	9.574E-03	-2.11E-02	-5.13E-02	-.122	7.762E-02	-9.89E-03	-.117	5.417E-02	.803
SCID-II:esquizotípico	.101	5.574E-04	.110	.163	-.709	-.118	.315	2.062E-02	.111	-8.47E-02	7.074E-02
SCID-II:paranoide	.351	-9.42E-02	.120	-6.55E-02	4.158E-02	9.803E-02	.693	7.018E-03	-.116	-6.91E-02	-2.67E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 17 iterations.

Tabla XXVII:

Regression logística de dist-p.d.:

	Chi-cuadr.	df	Significancia	
Modelo	24.938	11	.0093	
	Predicción			
	ninguna de los d	distimia y depre	Percent	
	n	I	d	
Observada	+-----+-----+			
ninguna de los d	n	I	34	I 8 I 80.95%
	+-----+-----+			
distimia y depre	d	I	9	I 16 I 64.00%
	+-----+-----+			
				global 74.63%

----- Variables en la Ecuacion

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.2347	.3643	.4151	1	.5194	.0000	1.2645
FAC2_1	-.8901	.3558	6.2584	1	.0124	-.2193	.4106
FAC3_1	-.1672	.2686	.3873	1	.5337	.0000	.8461
FAC4_1	-.4174	.3222	1.6783	1	.1952	.0000	.6587
FAC5_1	-.4728	.4799	.9705	1	.3245	.0000	.6233
FAC6_1	-.6072	.3333	3.3185	1	.0685	-.1220	.5449
FAC7_1	-.4803	.3927	1.4962	1	.2213	.0000	.6186

FAC8_1	.1928	.3359	.3294	1	.5660	.0000	1.2126
FAC9_1	.0446	.3631	.0151	1	.9021	.0000	1.0457
FAC10_1	-.4108	.4558	.8123	1	.3674	.0000	.6631
FAC11_1	-.7941	.3699	4.6094	1	.0318	-.1717	.4520
Constant	-.6677	.3355	3.9596	1	.0466		

TABLA XXVIII:
Análisis factorial con big-five para dist-p.d.:

Rotated Component Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
energía	-9.07E-02	.144	.863	.150	2.084E-02
dinamismo	5.555E-02	.101	.852	9.874E-02	5.753E-03
dominancia	6.405E-03	-.174	.472	8.865E-02	4.480E-02
afabilidad	.821	.227	3.862E-02	-2.20E-02	8.046E-02
cooperación	.720	-5.12E-02	.180	-.153	.191
cordialidad	.713	.161	-.226	.124	2.852E-02
tesón	3.162E-03	9.161E-02	-6.71E-02	-.106	.858
escrupulosidad	.275	.147	-4.65E-02	.228	.716
perseverancia	2.767E-02	2.573E-02	.266	-.245	.620
estabilidad emocional	5.698E-02	7.968E-02	.199	.818	-.119
control emociones	-.270	-7.07E-04	.286	.738	6.113E-02
control impulsos	.542	-2.58E-02	-7.50E-02	.642	-.124
apertura mental	7.419E-02	.900	1.960E-02	-9.49E-03	6.266E-02
apertura cultura	.201	.770	7.560E-02	.116	1.538E-02
apertura experiencia	2.351E-02	.780	-6.93E-02	-2.65E-02	.156

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

TABLA XXIX:
Regresión logística de dist-p.d. con big-five:

-2 Log Likelihood	72.217						
Goodness of Fit	71.739						
Model	Chi-cuadr.	Df	Significancia				
	13.394	5	.0200				
			Predicción				
			ninguna de los ddistimia y depre			Percent	
Correct							
			n	I	d		
Observada							
ninguna de los d	n	I	36	I	5	I	87.80%
distimia y depre	d	I	10	I	14	I	58.33%
						global	76.92%
----- Variables in the Equation -----							

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	.2157	.3124	.4768	1	.4899	.0000	1.2408
FAC2_1	.1059	.2735	.1501	1	.6985	.0000	1.1118
FAC3_1	.6115	.3156	3.7542	1	.0527	.1431	1.8432
FAC4_1	.8576	.3216	7.1117	1	.0077	.2444	2.3574
FAC5_1	.1797	.2801	.4115	1	.5212	.0000	1.1968
Constant	-.6026	.3001	4.0336	1	.0446		

TABLA XXX:
Análisis factorial para ítems p.d.

Rotated Component Matrix

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
triste	.618	.232	.181	.271	.208	-7.34E-02	.108	5.939E-02	8.667E-02
pesimista	.647	1.857E-04	-5.49E-03	.195	4.207E-02	2.186E-02	.417	-1.61E-02	.262
reactividad negativa	.603	.181	-5.24E-02	9.286E-02	.146	-.410	-3.80E-02	6.065E-02	-7.28E-02
amargado	.281	-9.72E-02	.652	.242	-1.56E-02	-.147	-.130	.224	8.371E-02
remordimientos	.257	.361	-2.03E-02	-.159	-.187	3.961E-03	.491	.324	8.908E-02
baja autoestima	.120	.350	.270	.136	.290	.199	.403	.187	-.153
preocupación	.420	.205	.196	.261	.105	-.102	.206	-.460	-.131
sobrecargado	5.287E-02	-4.21E-02	.232	.149	8.461E-02	9.113E-02	.101	.807	-.186
crítico de otros	4.184E-02	-6.44E-02	2.249E-02	8.488E-02	-5.50E-03	8.481E-02	.726	-3.28E-02	-2.03E-02
introverso	-3.24E-02	.668	.148	.217	9.885E-02	.218	-.208	-2.75E-02	8.341E-02
tranquilo	-4.21E-02	.557	-.539	8.574E-02	-2.82E-02	-9.69E-02	-3.51E-02	-.141	-5.28E-02
serio	.123	.110	-.108	.732	-2.99E-02	.241	-5.24E-02	.124	-8.58E-02
constreñido	.404	2.192E-02	1.562E-02	.124	.583	-.232	-8.64E-02	-4.93E-03	-.121
tenso	8.810E-03	2.168E-02	.786	-.113	-1.78E-03	4.621E-02	.105	4.115E-02	.129
diversión	.248	.149	.293	.583	.142	-.102	.211	1.448E-02	.128
retraído	.121	.378	5.702E-02	.354	8.057E-02	-.295	8.988E-02	.255	.335
pasiv	7.351E-02	.738	-.109	2.939E-03	.116	-3.39E-02	.109	-7.86E-02	4.494E-02
dependiente	.336	.477	-3.78E-02	-.166	.310	2.606E-02	.273	.101	-.116
enfado	-.679	9.307E-02	-8.55E-02	8.918E-02	-3.72E-02	-.143	-2.62E-02	-3.80E-02	4.148E-02
hipersensible al rechazo	.524	.258	.500	3.380E-02	-.187	.133	-3.07E-02	-.233	-.117
oral	.217	.381	.204	-.487	-1.18E-02	8.992E-02	-8.49E-02	.271	8.567E-04
contradependiente	-6.62E-02	2.271E-02	.216	-2.46E-02	7.457E-02	-4.89E-02	2.551E-02	-.147	.811
moralista	.371	6.264E-02	-.376	5.997E-02	-5.13E-02	.258	-.303	8.706E-02	.474
autocrítico	5.864E-02	.131	-.102	3.136E-02	-6.98E-02	.736	.119	.148	3.371E-02
abnegado, sacrificado	-7.77E-02	-5.53E-02	.324	.170	.365	.582	2.121E-02	-7.14E-02	-.143
poco ambicioso	8.942E-02	.230	-6.34E-02	-2.22E-02	.818	.121	1.724E-02	3.389E-02	.192

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 23 iterations.

TABLA XXXI:
Regresión logística de ítems p.d. para dist-p.d.:

-2 Log Likelihood	15.250						
Goodness of Fit	18.567						
	Chi-cuad.	df	Significancia				
Model	71.273	8	.0000				
Block	71.273	8	.0000				
Step	71.273	8	.0000				
	Predicción						
	ninguna de los d	n	I	d	I	d	Percent
Observada							
ninguna de los d	n	I	41	I	1	I	97.62%
distimia y depre	d	I	2	I	22	I	91.67%

+-----+-----+
global 95.45%

----- Variables En LA Ecuacion -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	4.7739	2.3661	4.0709	1	.0436	.1547	118.3742
FAC2_1	4.6848	2.2655	4.2763	1	.0386	.1622	108.2906
FAC3_1	3.1604	1.8155	3.0303	1	.0817	.1091	23.5802
FAC4_1	1.6395	.7907	4.2996	1	.0381	.1630	5.1525
FAC5_1	3.1001	1.6353	3.5937	1	.0580	.1357	22.1999
FAC6_1	.5751	.6538	.7738	1	.3790	.0000	1.7773
FAC7_1	2.0057	1.1314	3.1420	1	.0763	.1149	7.4317
FAC8_1	1.5281	1.0343	2.1827	1	.1396	.0459	4.6092
Constant	-1.6160	1.0880	2.2059	1	.1375		

TABLA XXXII: Análisis factorial de escala depresiva y tp. A mcmi:

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	2.098	29.977	29.977	2.098	29.977	29.977	2.063
2	1.495	21.359	51.335	1.495	21.359	51.335	1.557
3	.926	13.232	64.567				
4	.804	11.481	76.048				
5	.641	9.155	85.204				
6	.546	7.806	93.010				
7	.489	6.990	100.000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

componentes principales tras la rotación oblicua:

Pattern Matrix^a

	Component	
	1	2
negativista	.694	8.992E-03
introvertido, tenso	.763	-2.63E-02
pasivo, retraido	.719	5.622E-02
sacrificado, abnegado	.434	.360
MCMII-III esquizoide	-.520	.156
esquizotípico	-9.48E-02	.831
paranoide	-5.44E-03	.832

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

TABLA XXXIII:

Regresión logística escala depresiva+tp. A(mcni):

Total number of cases:		73 (Unweighted)	
-2 Log Likelihood	99.535624		
-2 Log Likelihood	22.065		
Goodness of Fit	23.315		
	Chi-Square	df	Significance
Model	77.471	2	.0000
Predicted			
	ninguna de los d	depresiva person	Percent
Observed	n	I	d
	+-----+-----+-----+		
ninguna de los d	n	I	39
	+-----+-----+-----+		
depresiva person	d	I	2
	+-----+-----+-----+		
			29
			93.55%
			Overall 93.15%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
FAC1_1	8.7314	2.7937	9.7679	1	.0018	.2794	6194.4687
FAC2_1	.5670	.6531	.7537	1	.3853	.0000	1.7630
Constant	.3198	.5683	.3167	1	.5736		

TABLA XXXIV: Análisis factorial y rotación oblicua de esc. Dep. +tp.B(m)+is.

Pattern Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
negativista	.770	4.703E-02	7.529E-02	-4.45E-02
íntrovertido, tenso	.735	6.537E-02	-.153	-.143
pasivo, retraído	.634	-.190	-.122	-.183
sacrificado, abnegado	.230	-.227	-.743	2.240E-02
histriónico	.534	3.321E-02	-4.83E-02	.422
narcisista	.484	-6.06E-02	.416	.368
antisocial	-.236	-2.62E-02	-.113	.840
borderline	2.735E-02	.797	6.054E-02	-9.78E-02
intentos de suicidio	-2.87E-02	-.767	7.784E-02	-5.78E-02
agresivo	-3.07E-02	.261	-.709	.150

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 16 iterations.

TABLA XXXV:

Regresión logística para p.d. de lo previo:

Total number of cases:		73 (Unweighted)	
-2 Log Likelihood	99.535624		
-2 Log Likelihood	8.278		
Goodness of Fit	12.169		
	Chi-Square	df	Significance

Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
negativista	.652	.322	-6.77E-02	3.960E-02
introverso, tenso	.570	.371	-.109	.322
pasivo, retraído	.643	2.645E-02	.141	.195
sacrificado, abnegado	.360	.141	-.387	.458
evitador	-.546	-6.71E-02	-.323	.311
depresivo	-.540	-.301	-.291	.103
dependiente	-.540	-9.26E-02	1.098E-02	.469
compulsivo	.372	-.362	-.105	-.255
pasivo-agresivo	-.487	.204	.554	-8.86E-02
autodesvalorizado	-.397	2.161E-02	.132	.447
bipolar-mcmiii	1.456E-02	.706	.286	.139
TPEPT-MCMI-III	-.405	.362	.355	-5.57E-02
intentos de suicidio	.367	-.561	.401	.232
ingresos psiquiátricos	.331	-.464	.549	.298

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

TABLA XXXIX:

Regresión logística para distimia de t.p. C+is+ingresos+bipolar+tpept:

Total number of cases:	61 (Unweighted)
-2 Log Likelihood	75.673682
-2 Log Likelihood	68.868
Goodness of Fit	56.542
Model	Chi-Square 6.806 df 2 Significance .0333
	Predicted
Correct	ninguna de los d distimica, no de Percent
Observed	n I d
ninguna de los d	+-----+-----+ n I 40 I 2 I 95.24%
distimica, no de	+-----+-----+ d I 14 I 5 I 26.32%
	+-----+-----+
	Overall 73.77%
----- Variables in the Equation -----	
Variable	B S.E. Wald df Sig R Exp(B)
FAC2_1	.5253 .3901 1.8129 1 .1782 .0000 1.6909
FAC4_1	-.9965 .5272 3.5721 1 .0588 -.1441 .3692
Constant	-.6821 .4084 2.7892 1 .0949

TABLA XXXX:

Fiabilidad de la escala depresiva:muestra global

Intraclass Correlation Coefficient

Single Measure Intraclass Correlation = .2874817*
95.00% C.I.: Lower = .1934274 Upper = .3909246
F = 2.6139 Sig. = 1.E-11 (Test Value = .00000)
Average Measure Intraclass Correlation = .6174285**
95.00% C.I.: Lower = .4896022 Upper = .7196784
F = 2.6139 Sig. = 1.E-11 (Test Value = .00000)
Alpha = .6174 Standardized item alpha = .6327

TABLA XXXXI:

Fiabilidad escala depresiva en muestra p.d.+:

A crombach:-0,45.

Intraclass Correlation Coefficient
Single Measure Intraclass Correlation = -.084182*
F = .68942 Sig. = .87534 (Test Value = .00000)
Average Measure Intraclass Correlation = -.450500**
F = .68942 Sig. = .87534 (Test Value = .00000)
Alpha = -.4505 Standardized item alpha = -.3574

TABLA XXXXII:

Fiabilidad muestra distimia:

Intraclass Correlation Coefficient

Single Measure Intraclass Correlation = .0940782*
F = 1.4154 Sig. = .16848 (Test Value = .00000)
Average Measure Intraclass Correlation = .2934821**
F = 1.4154 Sig. = .16848 (Test Value = .00000)
Alpha = .2935 Standardized item alpha = .2673

TABLA XXXXIII:

Fiabilidad muestra conjunta dist-tp.d.:

Intraclass Correlation Coefficient
Single Measure Intraclass Correlation = -.003341*
F = .98668 Sig. = .49369 (Test Value = .00000)
Average Measure Intraclass Correlation = -.013500**
F = .98668 Sig. = .49369 (Test Value = .00000)
Alpha = -.0135 Standardized item alpha = -.0236

TABLA XXXXIV:Análisis factorial escala depresiva en ddd.0:

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.527	38.179	38.179	1.527	38.179	38.179	1.400	35.004	35.004
2	1.035	25.866	64.045	1.035	25.866	64.045	1.162	29.041	64.045
3	.893	22.327	86.372						
4	.545	13.628	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix

	Component	
	1	2
negativista	.809	-.124
introvertido, tenso	.121	.885
pasivo, retraido	.627	.178
sacrificado, abnegado	-.581	.575

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

componentes rotados:

TABLA XXXXV: Análisis factorial escala depresiva en ddd.1 o tpd.:

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.552	38.793	38.793	1.552	38.793	38.793	1.550	38.751	38.751
2	1.086	27.140	65.933	1.086	27.140	65.933	1.087	27.183	65.933
3	.819	20.468	86.402						
4	.544	13.598	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

componentes principales:

Rotated Component Matrix

	Component	
	1	2
negativista	-.797	-3.61E-02
introvertido, tenso	.368	-.693
pasivo, retraido	.833	-3.61E-02
sacrificado, abnegado	.293	.777

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

TABLA XXXVI: análisis factorial esc.dep. en ddd.2 o distimia:

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.366	34.145	34.145	1.366	34.145	34.145	1.350	33.743	33.743
2	1.048	26.204	60.348	1.048	26.204	60.348	1.064	26.605	60.348
3	.911	22.776	83.124						
4	.675	16.876	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix

	Component	
	1	2
negativista	.801	-6.83E-02
introvertido, tenso	.743	2.498E-02
pasivo, retraido	.212	.819
sacrificado, abnegado	.333	-.623

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

TABLA XXXVII:

Análisis factorial escala depresiva de ddd.3:dist+tpd.:

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1.347	33.665	33.665	1.347	33.665	33.665	1.314	32.844	32.844
2	1.061	26.523	60.187	1.061	26.523	60.187	1.087	27.163	60.007
3	1.000	25.010	85.197	1.000	25.010	85.197	1.008	25.190	85.197
4	.592	14.803	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix

	Component		
	1	2	3
negativista	-1.24E-02	-2.69E-02	.994
introverso, tenso	-.765	.364	.113
pasivo, retraído	-4.90E-03	.949	-3.50E-02
sacrificado, abnegado	.854	.230	7.128E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 4 iterations.

TABLA XXXXVIII:

Fiabilidad test-retest escala dep. en ddd.1:

Intraclass Correlation Coefficient

Single Measure Intraclass Correlation = .1236851*

F = 3.0393 Sig. = .00138 (Test Value = .00000)

Average Measure Intraclass Correlation = .5303263**

F = 3.0393 Sig. = .00138 (Test Value = .00000)

Alpha = .6710 Standardized item alpha = .7186

TABLA XXXXIX:

Diagnóstico DSM-IV t.personalidad depresiva:

Crosstab

			subgrupos				Total
			ninguna de los dos	depresiva personalidad	distimica, no depresiva	distimia y depresiva	
DSMIVDIA	diagnóstico positivo	Count	5	26	4	22	57
		Expected Count	20.5	15.1	9.3	12.2	57.0
		% within DSMIVDIA	8.8%	45.6%	7.0%	38.6%	100.0%
		% within subgrupos	11.9%	83.9%	21.1%	88.0%	48.7%
		% of Total	4.3%	22.2%	3.4%	18.8%	48.7%
	Adjusted Residual	-6.0	4.6	-2.6	4.4		
	diagnóstico negativo	Count	37	5	15	3	60
		Expected Count	21.5	15.9	9.7	12.8	60.0
		% within DSMIVDIA	61.7%	8.3%	25.0%	5.0%	100.0%
		% within subgrupos	88.1%	16.1%	78.9%	12.0%	51.3%
% of Total		31.6%	4.3%	12.8%	2.6%	51.3%	
Adjusted Residual	6.0	-4.6	2.6	-4.4			
Total	Count	42	31	19	25	117	
	Expected Count	42.0	31.0	19.0	25.0	117.0	
	% within DSMIVDIA	35.9%	26.5%	16.2%	21.4%	100.0%	
	% within subgrupos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	35.9%	26.5%	16.2%	21.4%	100.0%	

TABLA L:

Diagnóstico de t.personalidad depresiva según escala:

Crosstab

			subgrupos				Total
			ninguna de los dos	depresiva personalidad	distimica, no depresiva	distimia y depresiva	
resultados did	positivo:>31	Count	0	31	0	25	56
		Expected Count	20.1	14.8	9.1	12.0	56.0
		% within resultados did	.0%	55.4%	.0%	44.6%	100.0%
		% within subgrupos	.0%	100.0%	.0%	100.0%	47.9%
		% of Total	.0%	26.5%	.0%	21.4%	47.9%
	Adjusted Residual	-7.8	6.8	-4.6	5.9		
	negativo	Count	42	0	19	0	61
		Expected Count	21.9	16.2	9.9	13.0	61.0
		% within resultados did	68.9%	.0%	31.1%	.0%	100.0%
		% within subgrupos	100.0%	.0%	100.0%	.0%	52.1%
% of Total		35.9%	.0%	16.2%	.0%	52.1%	
Adjusted Residual	7.8	-6.8	4.6	-5.9			
Total	Count	42	31	19	25	117	
	Expected Count	42.0	31.0	19.0	25.0	117.0	
	% within resultados did	35.9%	26.5%	16.2%	21.4%	100.0%	
	% within subgrupos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	35.9%	26.5%	16.2%	21.4%	100.0%	

GRAFICO I:

Correlacion negativista-pasivo en muestra tpd.:

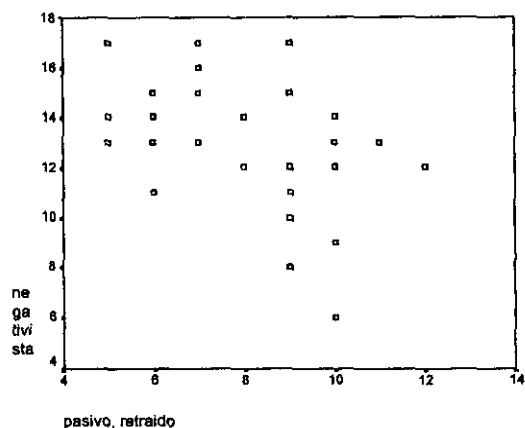


TABLA LI:
Diferencia de medias, edad, dist versus tpd.:

Group Statistics

subgrupos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EDAD depresiva personalidad	31	37.90	9.97	1.79
distimica, no depresiva	19	47.42	14.53	3.33

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
EDAD	4.641	.036	-2.748	48	.008	-9.52	3.46	-18.48	-2.55
			-2.515	28.454	.018	-9.52	3.78	-17.26	-1.77

TABLA LII:
Comparación de items escala per.dep. entre distimia y t.pers.dep.:

Test Statistics^a

	triste	pesimista	reactividad negativa	amargado	remordimientos	baja autoestima	preocupación	sobrecargado	crítico de otros	introvertido	tranquilo
Mann-Whitney U	168.000	171.500	229.000	272.500	133.500	162.500	217.000	229.500	174.000	180.500	216.000
Wilcoxon W	339.000	342.500	400.000	768.500	304.500	333.500	388.000	400.500	345.000	361.500	387.000
Z	-2.621	-2.569	-1.216	-.143	-3.208	-2.588	-2.709	-1.089	-2.422	-1.965	-1.440
Asymp. Sig. (2-tailed)	.009	.010	.224	.888	.001	.010	.007	.276	.015	.049	.150

a. Grouping Variable: subgrupos

Test Statistics^f

	serio	constreñido	tenso	diversión	retraído	pasiv	dependiente	enfado	hipersensible al rechazo
Mann-Whitney U	244.000	198.000	268.000	200.000	205.500	132.500	108.000	241.500	218.500
Wilcoxon W	415.000	369.000	764.000	371.000	376.500	303.500	279.000	412.500	389.500
Z	-.836	-1.797	-.256	-1.798	-1.629	-3.243	-3.941	-.839	-2.067
Asymp. Sig. (2-tailed)	.403	.072	.798	.072	.103	.001	.000	.401	.039

a. Grouping Variable: subgrupos

Test Statistics^g

	oral	contradependiente	moralista	autocrítico	abnegado, sacrificado	poco ambicioso
Mann-Whitney U	143.000	256.000	265.500	250.000	250.500	186.500
Wilcoxon W	314.000	427.000	436.500	421.000	421.500	357.500
Z	-3.004	-.531	-.340	-.759	-.680	-2.168
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003	.596	.734	.448	.496	.030

a. Grouping Variable: subgrupos

TABLA LIII: comparación de muestras distimia-tpd:

subgrupos * DSMIVDIA Crosstabulation

			DSMIVDIA		Total
			diagnóstico positivo	diagnóstico negativo	
subgrupos	depresiva personalidad	Count	26	5	31
		Expected Count	18.6	12.4	31.0
		% within subgrupos	83.9%	16.1%	100.0%
		% within DSMIVDIA	86.7%	25.0%	62.0%
		% of Total	52.0%	10.0%	62.0%
		Adjusted Residual	4.4	-4.4	
	distímica, no depresiva	Count	4	15	19
		Expected Count	11.4	7.6	19.0
		% within subgrupos	21.1%	78.9%	100.0%
		% within DSMIVDIA	13.3%	75.0%	38.0%
		% of Total	8.0%	30.0%	38.0%
		Adjusted Residual	-4.4	4.4	
Total		Count	30	20	50
		Expected Count	30.0	20.0	50.0
		% within subgrupos	60.0%	40.0%	100.0%
		% within DSMIVDIA	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	60.0%	40.0%	100.0%

Tabla LIV: comorbilidad con tp de la muestra tpd + (ddd.1):

Tp asociados	SCID-II	MCMII-III
Si	83,87	67,74
No	16,13	32,26
1 tp.	22,58	25,81
grupo B	12,90	3,23
grupo C	9,68	22,58
Más de 1 tp	61,29	41,94
- mismo grupo	19,35	3,23
- grupos distintos:	41,94	38,71
- B + C	32,26	16,13
- A + C	6,45	12,90
- A + B + C	3,23	9,68

Los porcentajes son globales. En el mcmii-III no se ha considerado como tp el depresivo por la redundancia con la muestra tpd.

TABLA LV: comorbilidad con tp de la muestra distimia + (ddd.2):

Tp asociados	SCID-II	MCMII-III
Si	78,95	68,42
No	21,05	31,58
1 tp.	10,53	26,32
grupo B	5,26	10,53
grupo C	5,26	15,79
Más de 1 tp	68,42	42,11
- mismo grupo	0,0	10,53
- grupos distintos:	68,42	31,58
- B + C	47,37	5,26
- A + C	10,53	10,53
- A + B	5,26	0,0
- A + B + C	5,26	15,79

TABLA LVI: Correlación de ddd.2 o distimia y variables :

DDD 2:

- abneg-borderline-scid: ABN 1-rasgos: 2,1;tp. (-3,8).no (2,6).abn 3: tp (2,4).no (-1,9)**CHI: 0,005.**

- abneg- esquizotipico-MCMI: abne 1:tp (2,7)(50,100). Abne 2: rasgos (2,1)(33,100);abne 3: no (1,9). **CHI:0,026.**

- abneg-TPEPT:abne 1: no (1,6);abne 2: no(1,6).abne 3: si (3,2)(67,100%).no (-3,2).**CHI: 0,006.**

- Ingrup-depres-mcmi: ing 1: rasgos (-2,4);no (2,4).ing 2: rasgos (2,7).no (-2,7).**CHI: 0,017.**

- pasi-obsesi-scid: pasi 2: rasgos (-2,0).no (1,9).pasi 3: rasgos (2,5)tp (-2,3). **Chi:0,029.**

- negr-esquizot-scid:neg 1: no (1,7);neg 3: rasgos (2,8).no (-2,0). **CHI:0,044.**

- apertura cultura-sexo:normal: varón (2,4), mujer (-2,4);inferior: mujer (2,1);varón (-2,1). **Chi:0,059.**

- estabilidad emocional:normal: varón (2,5),mujer (-2,5).inferior: mujer (1,3). **Chi:0,037.**

- apertura experiencia-paranoide (SCID):normal: rasgos (-1,8).tp(2,8).inferior: rasgos (1,8).tp (-2,8).**chi: 0,011.**
- control emociones-borderline (SCID-II):normal: rasgos (2,1).superior: no(2,0)inferior: tp (2,0). **Chi:0,070.**
- control impulsos-evitativo (SCID-II):normal:rasgos (-1,7).no (2,7).superior: rasgos (2,9).no (-1,9).inferior: tp (2,0). **CHI:0,007.**
- control impulsos-evitador(mcmi).superior: rasgos (3,1).no (-1,9).inferior: rasgos (-2,9)tp (1,7). **CHI:0,020.**
- energía-narcisista (mcmi):superior: tp (2,9);no (-1,9).**chi: 0,056.**
- energía-narcisista (SCID).superior. Tp(3,4),no (-2,1).inferior:tp (-2,1).**CHI:0,017.**
- perseverancia-narcisista (mcmi):normal: rasgos(2,3) tp(2,3)no (-3,4).inferior:no (1,7).**CHI: 0,024.**
- apertura cultura-histriónico(mcmi):superior: rasgos (2,9)no (-1,9)**CHI: 0,030.**
- dinamismo-histriónico(mcmi):normal: rasgos (2,4).superior: tp (1,9)inferior: rasgos (1,9).no (1,7). **CHI: 0,057.**
- energía-histriónico (SCID).superior:tp (2,9),no (-2,9). **CHI:0,014.**
- apertura cultura-autodestructi(SCID): normal: no (1,8).superior. Rasgos(2,9), no (-1,9)inferior: tp (1,3). **Chi:0,029.**
- afabilidad-esquizoide(scid).normal: rasgos (-1,8)..no (2,1).superior: tp (2,3).**chi:0,060.**
- control emociones-evitativo (SCID).superior. Rasgos (2,1)inferior: rasgos (-2,8).no (2,0).**chi:0,059.**
- cordialidad-compulsivo(mcmi).superior: tp(1,9).no (-2,4).inferior: rasgos (-2,0).no (2,4).**chi: 0,058.**
- dinamismo-esquizoide(SCID):superior: tp(2,9).**chi:0,047.**
- dominancia- evitativo(SCID):normal: tp (-2,5)rasgos (1,5).inferior: tp (2,5)**CHI:0,038.**
- energía-esquizotípico(SCID-II).normal: no (1,6).superior: tp (2,9)no (-2,8)**CHI:0,015.**
- energía-antisocial(mcmi):superior: rasgos(2,9), no (-1,9).**chi:0,056.**
- tesón-esquizotiic(SCID).normal: tp(2,9).**chi:0,060.**
- tesón-antisocial(mcmi):normal: rasgos (2,9) no (-1,9)**chi:0,046.**

Tabla LVII:

Comorbilidad con tp en tpd y distimia:

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Ba	Equal variances assumed	2.093	.154	1.007	48	.319	.1477	.1467	-.1472	.4426
	Equal variances not assumed			1.013	38.955	.317	.1477	.1458	-.1472	.4426
Bm	Equal variances assumed	.501	.482	.364	47	.718	4.912E-02	.1351	-.2228	.3208
	Equal variances not assumed			.359	36.713	.722	4.912E-02	.1389	-.2284	.3266
1tp	Equal variances assumed	8.151	.017	-1.140	48	.260	-.1087	6.535E-02	-.3004	8.306E-02
	Equal variances not assumed			-1.274	47.994	.209	-.1087	6.532E-02	-.2802	6.289E-02
dostp	Equal variances assumed	4.110	.048	1.192	48	.239	.1630	.1367	-.1119	.4379
	Equal variances not assumed			1.156	34.382	.256	.1630	.1412	-.1238	.4497
dostopa	Equal variances assumed	1.228	.273	.846	48	.402	.7148	.8448	-.8634	2.4130
	Equal variances not assumed			*1.077	31.490	.290	.7148	.8637	-.8381	2.0676
dostopm	Equal variances assumed	1.368	.245	.784	48	.437	.8621	.8441	-1.0349	2.3592
	Equal variances not assumed			.998	31.279	.325	.8621	.8626	-.8887	2.0130
dostopmd	Equal variances assumed	.335	.565	.204	48	.770	3.735E-02	.1269	-.2178	.2925
	Equal variances not assumed			.290	36.358	.774	3.735E-02	.1288	-.2239	.2986
dostopam	Equal variances assumed	.006	.938	.039	48	.969	5.093E-03	.1304	-.2572	.2673
	Equal variances not assumed			.039	37.708	.969	5.093E-03	.1310	-.2601	.2703
dostopad	Equal variances assumed	.391	.534	2.196	48	.033	.3090	.1407	2.608E-02	.5919
	Equal variances not assumed			2.174	36.959	.036	.3090	.1422	2.093E-02	.5971
trestpm	Equal variances assumed	.062	.804	-.124	48	.902	-1.528E-02	.1232	-.2829	.2324
	Equal variances not assumed			-.125	38.652	.902	-1.528E-02	.1227	-.2636	.2330
trestpmm	Equal variances assumed	.425	.518	.326	47	.748	1.830E-02	5.917E-02	-9.97E-02	.1383
	Equal variances not assumed			.310	32.128	.769	1.930E-02	6.230E-02	-.1076	.1462
trestpmd	Equal variances assumed	.725	.399	.432	48	.688	4.924E-02	.1140	-.1800	.2785
	Equal variances not assumed			.420	34.882	.677	4.924E-02	.1172	-.1688	.2873
trestps	Equal variances assumed	.324	.572	-.277	48	.783	-3.905E-02	.1408	-.3221	.2440
	Equal variances not assumed			-.279	38.761	.782	-3.905E-02	.1401	-.3225	.2444
trestpam	Equal variances assumed	6.545	.005	-1.307	48	.197	-.1528	.1169	-.3878	8.221E-02
	Equal variances not assumed			-1.418	46.860	.163	-.1528	.1076	-.3696	6.402E-02
trestpad	Equal variances assumed	1.595	.213	.763	48	.449	.8418	.8414	-1.0499	2.3334
	Equal variances not assumed			.973	31.030	.338	.8418	.8596	-.7034	1.9870
untpb	Equal variances assumed	38.930	.000	2.881	48	.006	.3039	.1055	9.181E-02	.5160
	Equal variances not assumed			2.486	23.894	.020	.3039	.1222	5.147E-02	.5563
untpbs	Equal variances assumed	8.995	.004	1.758	48	.085	.2275	.1294	-3.27E-02	.4877
	Equal variances not assumed			1.682	31.882	.106	.2275	.1389	-5.15E-02	.5085
untpbm	Equal variances assumed	4.978	.030	1.117	48	.270	.1138	.1019	-9.11E-02	.3186
	Equal variances not assumed			1.032	28.398	.310	.1138	.1102	-.1115	.3390
untpos	Equal variances assumed	16.141	.000	1.995	48	.052	.2190	.1098	-1.72E-03	.4398
	Equal variances not assumed			1.793	26.850	.084	.2190	.1221	-3.17E-02	.4697
untpcm	Equal variances assumed	.010	.922	-.049	48	.961	-8.791E-03	.1387	-.2857	.2721
	Equal variances not assumed			-.049	38.064	.961	-8.791E-03	.1389	-.2879	.2743
amásb	Equal variances assumed	11.537	.001	1.598	48	.117	.1256	7.861E-02	-3.24E-02	.2837
	Equal variances not assumed			1.389	23.153	.184	.1256	9.189E-02	-8.42E-02	.3156
bmásb	Equal variances assumed	.365	.549	.369	48	.714	5.433E-02	.1474	-.2420	.3507
	Equal variances not assumed			.387	37.542	.716	5.433E-02	.1482	-.2458	.3545
amásb	Equal variances assumed	.590	.446	-.375	48	.709	-4.754E-02	.1268	-.3025	.2074
	Equal variances not assumed			-.380	40.013	.706	-4.754E-02	.1250	-.3001	.2050

Leyenda: amásb (tp A + tp C); bmásb (tp B + tp C); amásb (tp A + tp B); untpcm (1 tp C-

mcmi); untpcs(1tp C-s); untpbm(1tp B-m); untpbs(1tp B-s); untpb(1tp B); trestpsd(3tp-s de distintos grupos); trestpsm(3tp-s mismo grupo); trestps(3tp-s); trestpmd(3tp-m distintos grupos); trestpmm(3tp-m mismo grupo); trestpm(3tp-m); dostpsd(2tp-s distintos grupos); dostpsm(2tp-s mismo grupo); dostpmd(2tp-m distinto grupo); dostpmm(2tp-m mismo grupo); dostps(2tp-s); dostp(2tp); 1tp(1tp); Bm(1tp-m B); Bs(1tp-s B); tp(trastorno de personalidad); s(scid-II); m(MCMI-III).

