



INSITITUTO DE NEUROCIENCIAS 'FEDERICO OLÓRIZ'

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**ESTUDIOS SOBRE PERSONALIDAD  
EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

TESIS DOCTORAL

KATHRYN ANNE MCKENNEY

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Kathryn Anne McKenney  
D.L.: GR 3132-2012  
ISBN: 978-84-9028-256-4





INSITITUTO DE NEUROCIENCIAS 'FEDERICO OLÓRIZ'

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**ESTUDIOS SOBRE PERSONALIDAD  
EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Memoria presentada por

Kathryn Anne McKenney

Para optar al grado de

Doctor con Mención Internacional

por la Universidad de Granada

Trabajo dirigido por

Jorge A. Cervilla Ballesteros

Margarita Rivera Sánchez



***I HOLD A BEAST, AN ANGEL AND A MADMAN IN ME, AND MY ENQUIRY IS AS TO THEIR  
WORKING, AND MY PROBLEM IS THEIR SUBJUGATION AND VICTORY,  
DOWNTROW AND UPHEAVAL, AND MY EFFORT IS THEIR SELF-EXPRESSION.***

Dylan Thomas



---

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría aprovechar este espacio para poder agradecer de todo corazón a mis directores. En primer lugar al Dr. Jorge A. Cervilla Ballesteros por todo su apoyo en la escritura de esta tesis así como durante todos los años que he trabajado en su grupo de investigación del CIBERSAM-ugr. Para mí ha sido un proceso de aprendizaje que ha permitido que me desarrolle como persona, y eso no lo olvidaré nunca. Siempre estaré agradecida por esta oportunidad, y siempre serás mi maestro en el mundo de la ciencia. En segundo lugar a la Dra. Margarita Rivera Sánchez, con quien he tenido el placer de compartir sus inicios en el mundo académico y que ha prestado toda su ayuda y apoyo a la escritura de este proyecto. Sin sus sabios consejos y sus ánimos la creación de esta tesis hubiera sido imposible.

También quisiera agradecer a la Dra. Blanca Gutiérrez, que ha compartido amablemente conmigo sus conocimientos y su espacio. Siempre con cariño y paciencia me ha ayudado cuando lo he necesitado.

También quisiera agradecer a todas aquellas personas que han trabajado a mi lado, tanto en el grupo CIBERSAM-ugr como en otros. Todos vosotros habéis hecho que este periodo de mi vida haya sido más agradable e interesante. Aunque no os nombre directamente, porque la lista es larga, y no quisiera olvidar a nadie, ojalá nos encontremos más veces por el camino y podamos seguir trabajando en este fascinante mundo muchos años más.

Para mí también es importante agradecer a otros profesores que me han apoyado para poder llevar a cabo este y otros trabajos de investigación, aunque no hayan formado parte de mi grupo de investigación. Milagros Gallo merece especial mención, ya que, sin su apoyo en mis inicios, esta aventura ni siquiera hubiera empezado.



Mis amigos y mi familia han estado a mi lado aportándome sus sabias palabras y su cariño siempre que lo he necesitado. Os quiero a todos, estaréis para siempre en mi corazón.

---

# ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b>	9
<b>ABSTRACT</b>	13
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN TEÓRICA</b>	17
I.I. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE PERSONALIDAD.	19
I.II. CONCEPTOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	22
I.II.I. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN LOS DSM HASTA HOY.	22
I.II.II. LAS NUEVAS TENDENCIAS DEL DSM-5.	26
I.III. LOS RASGOS DE PERSONALIDAD.	29
I.IV. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	33
I.IV.I. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL.	34
I.IV.II. ESTUDIOS EN POBLACIÓN CLÍNICA.	36
I.V. COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS MENTALES.	37
I.VI. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEPRESIVOS.	41
I.VI.I. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EDADES AVANZADAS.	46
<b>CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	51
<b>CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS</b>	59
III.I. ESTUDIOS BASADOS EN REGISTROS DE CASOS CLÍNICOS.	61
III.I.1. COMORBILIDAD DEPRESIVA EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	61
III.I.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES.	63
III.II. ESTUDIOS BASADOS EN POBLACIÓN GENERAL.	64
III.II.1. ESTUDIO EUROPEO ESEMeD SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	64
III.II.2. ESTUDIO ANDALUZ PISMA-EP SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE.	69

<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	75
IV.I. ESTUDIOS BASADOS EN REGISTROS DE CASOS CLÍNICOS.	77
IV.I.1. COMORBILIDAD DEPRESIVA EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	77
IV.I.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES.	84
IV.II. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL.	88
IV.II.1. ESTUDIO EUROPEO ESEMeD SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	88
IV.II.2. ESTUDIO ANDALUZ PISMA-EP SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE.	95
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	101
V.I. ESTUDIOS BASADOS EN REGISTROS DE CASOS CLÍNICOS.	103
V.I. 1. COMORBILIDAD DEPRESIVA EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	106
V.I.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES.	109
V.II. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL.	115
V.II.1. ESTUDIO EUROPEO ESEMeD SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	115
V.II.2. ESTUDIO ANDALUZ PISMA-EP SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE.	121
V.III. DISCUSIÓN GENERAL	127
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</b>	131
<b>CAPÍTULO VII: DISCUSSION</b>	133
VII.I. STUDIES BASED ON CLINICAL CASE REGISTRIES.	135
VII.I.1. DEPRESSIVE COMORBIDITY IN PERSONALITY DISORDERS.	135
VII.I.2. COMPARATIVE STUDY OF PERSONALITY DISORDER IN YOUNGER AND ELDER ADULTS.	141
VII.II. GENERAL POPULATION STUDIES.	147
VII.II.1. EUROPEAN ESEMeD STUDY ABOUT PREVALENCE, COMORBIDITY AND CORRELATES OF PERSONALITY DISORDER.	147
VII.II.2. ANDALUSIAN PISMA-EP STUDY ABOUT PREVALENCE, COMORBIDITY AND CORRELATES OF HIGHLY PROBABLE PERSONALITY DISORDER.	153
VII.III. GENERAL DISCUSSION	159
<b>CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONS</b>	163
<b>REFERENCIAS</b>	165

---

# ÍNDICE DE TABLAS

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN TEÓRICA**

TABLA 1: PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL.	35
TABLA 2: TRASTORNOS COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	38
TABLA 3: ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	44

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

TABLA 1: TABLA DE CONTINGENCIA DE CLÚSTER POR AUSENCIA Y PRESENCIA DE TRASTORNO DEL ÁNIMO.	83
TABLA 2: FUNCIONALIDAD Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS DEPENDIENDO DE LA EDAD.	87
TABLA 3: RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ESTUDIO ESMED.	90
TABLA 4: PUNTUACIONES MEDIAS PARA RASGOS Y CLÚSTERS DE PERSONALIDAD PARA PREVALENCIA VIDA Y 12 MESES.	92
TABLA 5: RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ESTUDIO PISMA-EP.	96
TABLA 6: FRECUENCIA DE RESPUESTA PARA CADA ÍTEM DE SAPAS.	97
TABLA 7: FRECUENCIA DE TRASTORNO DEL ÁNIMO EN LA MUESTRA TOTAL.	98
TABLA 8: CORRELATOS POSIBLEMENTE DE RIESGO/PROTECCIÓN CONTRA UN TPAP.	100



---

# ÍNDICE DE FIGURAS

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN TEÓRICA**

FIGURA 1: CLUSTERS DE PERSONALIDAD.	24
FIGURA 2: CRITERIOS PARA TRASTORNO DE PERSONALIDAD SEGÚN EL DSM-IV.	25
FIGURA 3: VARIACIÓN DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD A LO LARGO DE LA VIDA.	32
FIGURA 4: ESTUDIOS DE ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	44

## **CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

FIGURA 1: HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y ESTUDIOS LLEVADOS A CABO EN ESTA TESIS.	57
--	----

## **CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS**

FIGURA 1: MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA INCLUIDA EN EL ESTUDIO ESEMED DE PERSONALIDAD.	66
--	----

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

FIGURA 1: INDIVIDUOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y TRASTORNO DEL ÁNIMO	78
FIGURA 2: PACIENTES CON TRASTORNO DEL CLÚSTER A Y TRASTORNO DEL ÁNIMO, DIVIDIDOS POR TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	79
FIGURA 3: PACIENTES CON TRASTORNO DEL CLÚSTER B Y TRASTORNO DEL ÁNIMO, DIVIDIDOS POR TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	81
FIGURA 4: PACIENTES CON TRASTORNO DEL CLÚSTER C Y TRASTORNO DEL ÁNIMO, DIVIDIDOS POR TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	82
FIGURA 5: COMPARACIÓN ENTRE ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES POR CLÚSTERS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	84
FIGURA 6: COMORBILIDAD CON EJE I POR CLÚSTERS EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES.	86
FIGURA 7: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREDOMINANTES SEGÚN EDAD.	87

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

FIGURA 1: RESUMEN DE RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO DE COMORBILIDAD DEPRESIVA EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	107
FIGURA 2: RESUMEN DE RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES.	113

FIGURA 3: RESUMEN DE RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO EUROPEO ESEMED.	119
FIGURA 4. RESUMEN DE LOS RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO ANDALUZ PISMA-EP.	125

## **CAPÍTULO VII: DISCUSSION**

FIGURE 1: MAIN RESULTS OF THE DEPRESSIVE COMORBIDITY IN PERSONALITY DISORDERS STUDY.	139
FIGURE 2: MAIN RESULTS OF THE COMPARATIVE STUDY OF PERSONALITY DISORDER IN YOUNGER AND ELDER ADULTS.	145
FIGURE 3: MAIN RESULTS OF THE EUROPEAN ESEMED STUDY.	151
FIGURE 4: MAIN RESULTS OF THE ANDALUSIAN PISMA-EP STUDY.	157

---

# ÍNDICE DE ANEXOS

## **ANEXO 1**

TABLAS DETALLADAS CON RESULTADOS DETALLADOS DEL ESTUDIO ESEMeD.

## **ANEXO 2**

CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD UTILIZADOS EN EL ESTUDIO ESEMeD

## **ANEXO 3**

ESCALA SAPAS DE PERSONALIDAD, VERSIÓN ORIGINAL Y VERSIÓN ESPAÑOLA

## **ANEXO 4**

ESCALA DE NEUROTICISMO E IMPULSIVIDAD UTILIZADAS EN EL ESTUDIO PISMA-EP

## **ANEXO 5**

MANUSCRITO DE LA REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL SOBRE COMORBILIDAD DEPRESIVA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

## **ANEXO 6**

MANUSCRITO DE LA REVISTA PSICOGERIATRÍA ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES

## **ANEXO 7**

MANUSCRITO PREPARADO PARA ENVÍO A REVISTA SOBRE EL ESTUDIO ESMED SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

## **ANEXO 8**

MANUSCRITO PREPARADO PARA ENVÍO A REVISTA SOBRE EL ESTUDIO PISMA-EP SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD





---

## RESUMEN

La motivación para realizar este trabajo ha sido la intención de conocer cómo interactúan los trastornos y rasgos de personalidad con los trastornos depresivos, para ello se han realizado cuatro estudios con diferentes muestras. Los objetivos principales de estos estudios han sido, en primer lugar, establecer la asociación entre trastornos de personalidad y depresivos, así como los posibles efectos de riesgo/protección de trastornos depresivos y de personalidad, y en segundo lugar, comparar la asociación de tanto los trastornos como rasgos de personalidad con los trastornos depresivos en una muestra clínica representativa de adultos versus una muestra de ancianos. Estos dos primeros objetivos se han conseguido con estudios llevados a cabo en poblaciones clínicas. Por otro lado, otro objetivo fue estimar la prevalencia poblacional Europea de los trastornos y rasgos de personalidad y su comorbilidad con los trastornos depresivos a partir del estudio internacional ESEMED, y finalmente estimar la prevalencia poblacional andaluza de los trastornos y rasgos de personalidad y sus posibles factores de riesgo, prestando especial atención a los trastornos del ánimo, a partir del estudio regional PISMA-ep. Estos dos objetivos se consiguieron con estudios en población general.

Para poder cumplir con los dos primeros objetivos los estudios estaban formados por muestras procedentes de registros de casos clínicos del Hospital Sant Joan de Deu-Serveis de Salud Mental de la provincia de Barcelona, una de ellas dividida entre individuos mayores y menores de 65 años. La información sobre los diagnósticos y datos sociodemográficos provienen de sus historias clínicas informatizadas. Cuando se examinó la comorbilidad, se encontró un mayor porcentaje de trastorno depresivo mayor entre pacientes con un trastorno de personalidad del clúster C (17%), seguido por pacientes del clúster A (10%) y finalmente por los pacientes del clúster B (9.8%). En cuanto a la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y el trastorno distímico, se encontró que la mayor prevalencia se encontraba entre pacientes del clúster B (23,7%), seguido por clúster C (20.2%) y finalmente clúster A (7.1%). Cuando se consideraron ambos trastornos del ánimo de forma conjunta, la prevalencia más alta

fue para pacientes del clúster c (36.87%), seguido por clúster B (33.5%) y por clúster A (17.1%). Los pacientes del clúster A también mostraron unos peores niveles de funcionalidad y acudían los hospitales con más frecuencia. Se encontró una alta comorbilidad con todos los trastornos del ánimo analizados, especialmente con el clúster C.

Cuando se examinó la forma en que se asociaban los trastornos de personalidad con otros trastornos en personas mayores, se comprobó que ocurre de modo diferente que en personas más jóvenes, y que además las prevalencias de los diferentes trastornos de personalidad eran diferentes entre ambos grupos de edad. Hayamos diferencias estadísticamente significativas en los diagnósticos para los grupos de distintas edades, siendo los trastornos más frecuentes entre los ancianos los del Clúster A mientras que en los jóvenes fueron los Trastornos No Especificados; también existían diferencias en la distribución de sexos

El estudio ESEMED es un estudio de la población general realizado en varios países Europeos. Los participantes de nuestro sub-estudio completaron las entrevistas relativas a los trastornos mentales, factores sociodemográficos y trastornos y rasgos de personalidad. Los participantes sin trastorno depresivo obtuvieron menores puntuaciones en la mayoría de las medidas de personalidad. Los trastornos del clúster B resultaron ser los que ejercían una mayor influencia sobre los trastornos depresivos. El rasgo de personalidad con mayor influencia resultó ser el neuroticismo, aunque otros de los rasgos que también se asociaban a la probabilidad de ocurrencia de los trastornos depresivos. Se encontró que varios de los rasgos de personalidad estaban actuando como factores protectores contra la probabilidad de ocurrencia de los trastornos depresivos, tales como autoestima, sociabilidad y deseabilidad social.

El estudio PISMA-ep es un estudio epidemiológico llevado a cabo en la provincia de Granada en el que una muestra de la población general no institucionalizada fue entrevistada para obtener información sobre trastorno de personalidad altamente probable, así como rasgos de personalidad y su estado psicológico además de sobre diversos factores de riesgo. La evaluación de

personalidad se realizó utilizando una escala de *screening* que permite estimar la ocurrencia de un trastorno de personalidad altamente probable, lo cual significa que aquellas personas que han obtenido una puntuación de 4 o más tienen una probabilidad superior al 90% de padecer un trastorno de personalidad. La prevalencia para trastorno de personalidad altamente probable fue del 17.9%. Las puntuaciones globales fueron más elevadas en neuroticismo (.40) que para impulsividad (.20). Parece ser que existen varios factores que parecen aumentar el riesgo de padecer un trastorno de personalidad altamente probable, tales como ser mujer, tener una historia familiar de trastorno mental, haber sufrido eventos vitales estresantes durante el último año, tener un riesgo moderado de suicidio, y altas puntuaciones en neuroticismo e impulsividad, también padecer un trastorno depresivo mayor actual o recurrente, manía, depresión mayor con síntomas melancólicos o psicóticos, distimia, un trastorno ansioso-depresivo o cualquier trastorno del ánimo presente, pasado o de por vida. También se encontraron varios factores que pueden estar disminuyendo la probabilidad de aparición de un trastorno de personalidad altamente probable, tales como altas puntuaciones en la escala SF12, tanto en la parte emocional como física, mejor funcionalidad medida por la GAF, y altas puntuaciones en memoria de trabajo y fluidez verbal.

Los resultados obtenidos muestran una frecuente comorbilidad de los trastornos de personalidad con los trastornos del estado del ánimo, aunque esta asociación varía según el diagnóstico de clúster de personalidad que tenga el paciente. Se ha encontrado una prevalencia elevada de los trastornos de personalidad en la población general, así como una serie de factores que pueden estar incrementando el riesgo de padecer este tipo de trastorno. Los resultados también indicaron que algunos trastornos y rasgos de personalidad podían estar actuando como potenciales factores que incrementan el riesgo de padecer trastornos depresivos, aunque también se han encontrado rasgos de personalidad que se asocian inversamente a algunos trastornos depresivos, pudiendo actuar como factores protectores. Por otra parte también se encontró que algunos rasgos de personalidad actúan como factores de riesgo para desarrollar trastornos de personalidad, aunque estos rasgos actúan con diferente grado de influencia.

Los trastornos de personalidad probablemente sean más prevalentes en la población general de lo que hasta ahora se creía, y se asocian con frecuencia con los trastornos del estado del ánimo tanto en la población general como en la población clínica. Estos trastornos se distribuyen y coocurren de modo diferente con los trastornos del Eje I entre las personas mayores de 65 años en comparación con personas más jóvenes. Parece ser que existen varios factores que pueden estar actuando sobre la probabilidad de aparición de los trastornos de personalidad. Estos factores podrían ser intervenidos minimizando el riesgo de que se padezcan trastornos de personalidad y/o trastornos depresivos. Es importante seguir esclareciendo el modo en que actúan estos factores, así como cuáles son los factores que pueden disminuir el riesgo de aparición de los trastornos depresivos y de personalidad para poder maximizar la eficacia de las intervenciones.

---

## ABSTRACT

The motivation to carry out these studies has been the intention to know how personality disorders and traits interact with depressive disorders, to do this, four studies have taken place with different samples. The main aims of these studies have been, in first place, to establish the association between personality and depressive disorders, as well as with possible risk/protective factors for depressive disorders, and in second place, to compare the association between both personality traits and disorders with depressive disorders in a clinical sample of young versus older adults. Both these aims have been achieved in clinical populations. On the other hand, we have also aimed to estimate the prevalence of personality disorders and traits in a European general population study as well as their comorbidity with depressive disorders, taken from the international ESEMeD study and, finally, to estimate the prevalence of personality disorders and traits in an Andalusian general population study as well as their possible correlates, paying special attention to mood disorders, based on the regional PISMA-ep study. In third place, these two last aims have been achieved through studies conducted in general population

To be able to achieve the first two aims, the studies included consist of clinical case registries that come from the Sant Joan de Deu- Serveis de Salut Mental Hospital in the province of Barcelona, one of them has been divided into participants of different ages (over or under 65 years old). The information about diagnoses and sociodemographic data was collected from their clinical histories using a systematic computerized method. When comorbidity was examined, a higher percentage of major depressive disorder among cluster C patients (17%) was found, followed by cluster A (10%) and cluster B (9, 8%). As for the comorbidity between personality disorder clusters and dysthymic disorder, it was found that the prevalence was higher among cluster B patients (23,7%) than cluster C (20,2%) or cluster A (7,1%). When considering both mood disorders together, the highest prevalence was among cluster C patients (36,87%), followed by cluster B (33,5%) and cluster A (17,1%). Cluster A patients showed worse functioning and visited hospitals most. A high comorbidity

between all mood disorders analyzed and personality disorders was found, being particularly prominent among cluster C Personality disorders.

When the way in which personality disorders and other disorders associate in the elderly was examined, it was clear that it occurs in a different way than in younger people, and that the prevalence of personality disorders also occurs differently among the groups. It was found that there are statistically significant differences between the age groups, as in the elder adults it was more frequent to have a cluster A personality disorder, whilst in the younger adults it was not otherwise specified personality disorders that were more frequent; we also found differences in the way gender distributed in the different age groups.

The ESEMeD study is a general population study conducted in several European countries. Participants from our sub-study completed interviews about mental disorders, sociodemographic factors and both personality disorders and traits. Participants with no depressive disorders globally tended to score lower on all personality measures. Cluster B personality disorders had the strongest influence on all types of depressive disorders. The personality trait with the strongest influence was neuroticism, although there were several others that also associated with depressive disorders. Several traits were found that could be acting as potential protective factors against depressive disorders, such as self-esteem, sociability and social desirability.

The PISMA-ep study is an epidemiological study conducted in the province of Granada, the sample was composed of community dwelling participants that were interviewed to obtain information about both highly probable personality disorders, as well as personality traits as well as psychological state and about a diverse group of risk factors. Personality was assessed using a screening questionnaire that allows to estimate the occurrence of highly probable personality disorder, which means that a person scoring 4 or above has a probability above 90% of having a personality disorder. Prevalence for highly probable personality disorder was 17.9%. Overall scores on neuroticism (.40) were higher than for impulsivity (.20). Several factors seemed to increase the risk for developing highly probable personality disorder, such as being female, a family history of mental disorders, stressful life events in the past year, moderate suicide risk, high impulsivity and neuroticism, as well as current and

recurrent major depression, mania, major depression with melancholic or psychotic features, dysthymia, mixed anxiety and depression, and any mood disorder past, current or lifetime. We also found several factors that could be protective of developing highly probable personality disorder; these were higher scores on SF12, both physical and emotional, GAF, high scores on working memory and verbal fluency.

The results show a frequent comorbidity between personality disorders and mood disorders, although this association varies depending on the personality cluster diagnosis the patient has. A high prevalence of personality disorders has been found in general population, as well as a group of factors that could be increasing the risk to develop one of these disorders. The results also show that there are some disorders and traits that could be behaving as factors that increase the chances of developing a depressive disorder, although it has also been found that some personality factors can associate inversely to the risk of developing a depressive disorder, therefore acting as possible protective factors. On the other hand, it has also been found that some personality traits behave as possible risk factors for the development of personality disorders, although these traits seem to have different degrees of influence. When the way in which personality disorders and other disorders associate in the elderly it was clear that it occurs in a different way than in younger people, and that the prevalence of personality disorders also occurs differently among the groups.

Personality disorders are probably more prevalent in general population than has been considered up until now, and they often associate with mood disorders, both in clinical and general populations. These disorders co-occur differently with Axis I disorders in younger and older people. It seems there are several factors that could be acting upon the likelihood of appearance of personality disorders. These factors could be intervened therefore minimizing the risk of developing personality disorders and/or mood disorders. It's important to continue to elucidate how these factors behave, as well as which are the factors that could diminish the risk of appearance of depressive and personality disorders so as to be able to maximize the efficacy of interventions.





---

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN TEÓRICA

## INTRODUCCIÓN TEÓRICA

---

Esta sección tiene el propósito de ofertar un marco teórico en el que poder encuadrar los trabajos empíricos que componen el núcleo de esta tesis. Por tanto, se van a presentar tanto los conceptos básicos sobre la personalidad y sus trastornos, así como la epidemiología de estos trastornos en diferentes poblaciones y su comorbilidad con otros trastornos, prestando especial atención a la comorbilidad con los trastornos depresivos.

## I.I. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE PERSONALIDAD

---

La personalidad es uno de los constructos que ha atrapado la atención del hombre desde el principio de los tiempos. La pregunta sobre qué es lo que nos hace ser quiénes somos y cómo abordar el estudio de nuestra esencia son cuestiones que aún a día de hoy se debaten. La etimología de la palabra personalidad viene de la palabra latina *persona*, a su vez tomada del griego *prósopa* (πρόσωπα), que era el nombre de las máscaras que utilizaban los actores de las tragedias griegas para dar vida a sus personajes.

El estudio de la personalidad ha sido abordado desde numerosos puntos de vista, tanto desde la filosofía, teología, literatura y arte como desde la ciencia. Estos puntos de vista han ido desde los que han considerado que la personalidad es el aspecto estructural más importante para la comprensión de los síntomas y de la configuración de las personas, hasta aquellos que debido a la dificultad de conceptualizarla y estudiarla consideran que su estudio se ha convertido en tan especulativo que en realidad debería ser desechado.

Las primeras teorías sobre la personalidad surgen del pensamiento filosófico, evolucionando hacia enfoques más científicos, pero esto ha tardado muchos siglos, y aún a día de hoy las versiones más empíricas son discutibles. Las aproximaciones más científicas de las teorías sobre la personalidad surgen con la intención de explicar qué es el hombre y cómo opera, tanto en la salud como en la enfermedad, derivando finalmente en las nosologías actuales que nos ayudan a evaluar y describen lo que hoy en día consideramos que son los trastornos de personalidad.

Para conocer desde la evolución del término de personalidad hasta cómo lo entendemos hoy, hemos de tener en cuenta tanto la aplicación que se dio en Roma del término *persona* como el significado que adquirió a través del cristianismo. Con los romanos el término principalmente tenía validez en el mundo jurídico, ya que se utilizaba para referirse al sujeto como portador de derechos y responsabilidades.

Dentro del cristianismo este término adoptó también significado moral e introspectivo, dando lugar por tanto al concepto de personalidad como íntimamente ligado a la autoconciencia, la relación de uno mismo con sus propios actos y pensamientos <sup>(1)</sup>.

Allport<sup>(2)</sup> se considera el padre del concepto actual que tenemos de personalidad. En 1937, definió la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofisiológicos que determinan su ajuste único al ambiente”. Esta definición, aunque más fenomenológica de lo que hoy se consideraría aceptable para un constructo científico, ha tenido una gran influencia especialmente por la distinción que hace entre el ajuste único de cada individuo y los sistemas psicofisiológicos que son comunes a todos los humanos. Este enfoque fue posteriormente ampliado por Nuttin<sup>(3)</sup>, que con un punto de vista más científico resaltó lo que hoy en día subyace a las teorías de la personalidad, es decir, la exploración de los dos aspectos que componen la personalidad, por un lado los comportamientos característicos que nos son comunes y por otra parte las diferencias individuales. Aunque estos son los enfoques que nos han llevado a las definiciones más actuales de personalidad, no podemos olvidar la valiosa contribución que han hecho autores desde el psicoanálisis.

El psicoanálisis ha permitido explicar la parte de nuestro comportamiento, y por tanto de la personalidad, que a veces parece más irracional e impredecible desde los tres modelos que manejó Freud a lo largo de su desarrollo teórico. Desde su modelo topográfico, en el que prima la importancia absoluta del inconsciente, se puede explicar gran parte de nuestro comportamiento como el conflicto existente entre nuestros deseos e instintos más profundos. El modelo evolutivo permite también comprender que la creación de la personalidad del adulto depende en gran medida de los primeros años de desarrollo de la persona, en los cuales ha debido de resolver las fases psicosexuales de la infancia, y dependiendo del resultado de esta resolución la persona estará configurada de un modo u otro, siendo este desarrollo siempre individual al sujeto, aunque todos pasemos por las mismas fases. Pero es el modelo estructural en el cual Freud explora la psicología del Yo con sus conceptos de Yo, Ello y Superyo el que ha contribuido en mayor medida a las teorías actuales de la personalidad, ya que han permitido estructurar el estudio de la personalidad

alrededor de dos ejes, por un lado el estudio de la estructura de uno mismo y por otro la relación con el objeto <sup>(1)</sup>.

Las concepciones más actuales de la personalidad tienen sus raíces en la descripción aportada por Spearman<sup>(4)</sup> sobre la inteligencia y su estructura factorial. En 1903, Spearman creó el concepto de análisis factorial y teorizó sobre la existencia de un factor único de inteligencia, el *factor g*. A partir de los primeros cuestionarios de inteligencia de Spearman, en 1915 Webb<sup>(5)</sup> realizó adaptaciones que incluían un nuevo factor que llamaría *factor w*, no relacionado con inteligencia sino con voluntad. Posteriormente, Garnett<sup>(6)</sup> introdujo un factor nuevo que llamó *factor c* relacionado con el ingenio. De este modo, estos tres autores se han convertido en los precursores de una forma de investigar la personalidad que ha influido en la concepción teórica de la misma. Desde este momento, se pasó a comprender la personalidad como una estructura factorial pudiéndose comenzar a generar los perfiles de personalidad individuales, dependientes de la carga sobre unos factores u otros<sup>(7)</sup>.

Los instrumentos de la personalidad recaen en su gran mayoría en este modelo teórico, a excepción de las pruebas proyectivas que están basadas en el modelo psicodinámico. Los instrumentos basados en la teoría de los factores han tenido por su parte una gran influencia sobre la conceptualización de los trastornos de la personalidad, que pasarán a ser entendidos como alteraciones del perfil factorial del sujeto en vez de alteraciones de la totalidad, lo cual los hace mucho más aprehensibles y reductibles, por tanto accesibles a la investigación<sup>(1)</sup>.

Existe una larga lista de autores factorialistas que han realizado importantes aportaciones al estudio de la personalidad, especialmente en el aspecto de su medición, autores como Cattell con su reconocida prueba 16PF, Eysenck y el Eysenck Personality Inventory (EPI), Cloninger, Costa, McRae, o el grupo de autores del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI).

## I.II. CONCEPTOS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

---

### I.II.I. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN LOS DSM HASTA HOY

La primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) redactado por la *American Psychiatric Association* se publicó en 1952. La motivación para publicar este manual vino por la clasificación de los trastornos mentales que había sido publicada tras la Segunda Guerra Mundial por parte del ejército con su conocido Manual 203, así como por la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) editada por la Organización Mundial de la Salud, que por primera vez incluían una sección dedicada a los trastornos mentales.

En su primera versión, el DSM<sup>(8)</sup> contenía tan solo 106 trastornos definidos por listados de síntomas y una discusión sobre sus posibles factores etiológicos. Los trastornos estaban divididos en tres secciones: síndromes orgánicos cerebrales, trastornos del funcionamiento y deficiencia mental. En 1968, se aumentó el número de trastornos con la publicación de la segunda edición<sup>(9)</sup>. Estas dos primeras versiones del manual fueron ampliamente criticadas debido a su falta de validez y fiabilidad en los diagnósticos, ya que sus listados de síntomas eran muy limitados y podían llevar a confusión.

La tercera edición<sup>(10)</sup> apareció en 1979, esta vez los criterios diagnósticos estaban basados en evidencias empíricas y eran más concretos, por tanto más fiables. Fue en esta edición donde por primera vez se introdujo el sistema de diagnóstico multiaxial con los cinco ejes que aún hoy se proponen, en los que cada uno de los ejes representa un tipo diferente de trastorno mental o un modo en el cual la enfermedad mental puede estar siendo influida, permitiendo por tanto un diagnóstico mucho más detallado. Los ejes son:

Eje I- Trastornos clínicos: Donde se describe él o los trastornos psiquiátricos principales o la sintomatología presente, aunque no configure ningún trastorno.

Eje II- Trastornos de la personalidad y del desarrollo: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad de base (o rasgos de algún trastorno), trastorno del desarrollo o retraso mental.

Eje III- Enfermedades médicas: Donde se especifican las afecciones médicas que puede presentar el paciente.

Eje IV-Problemas psicosociales y ambientales: Donde se describen las posibles tensiones psicosociales en la vida del paciente.

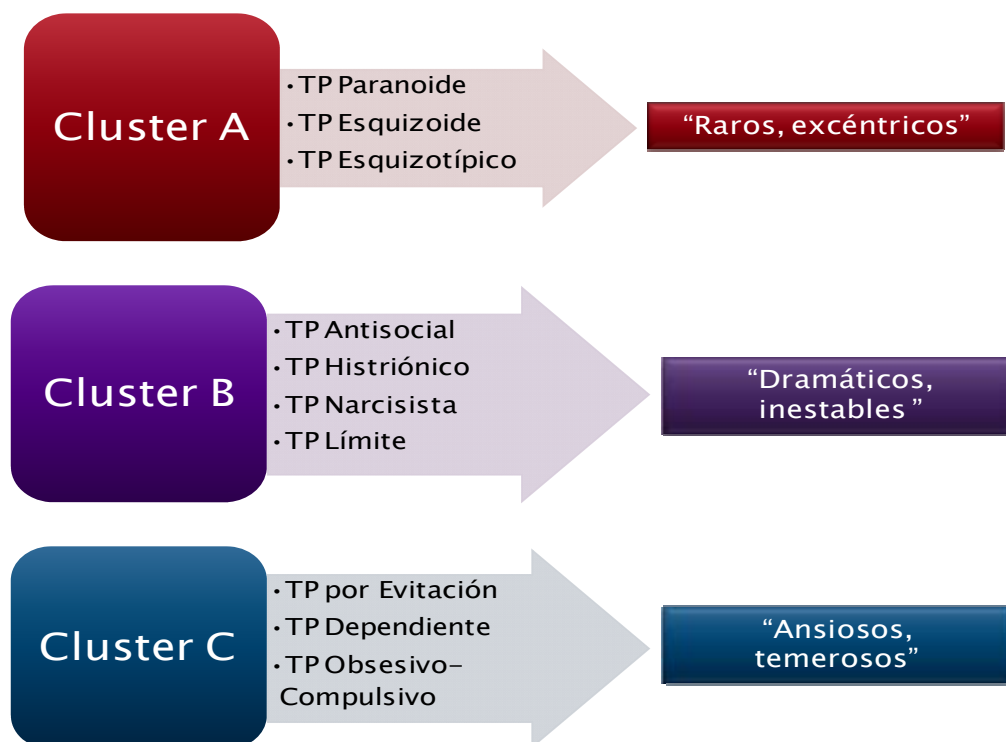
Eje V- Evaluación global del funcionamiento: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la Escala de funcionamiento global (G.A.F.).

La versión vigente del DSM<sup>(11)</sup> es la cuarta edición que está disponible desde 1994, y en esta versión aparecen 297 trastornos, y su última actualización es del año 2000. Aparte del incremento de posibles diagnósticos, esta versión es mucho más fácil de usar por parte de los profesionales clínicos, ya que está organizada en secciones. La primera sección está formada por las instrucciones de uso de los instrumentos que contiene el manual; la segunda sección muestra un sistema clasificatorio muy detallado de los códigos oficiales para cada diagnóstico siguiendo los 5 ejes que se acaban de mencionar; la cuarta sección contiene la parte principal del manual donde se encuentran los criterios diagnósticos y las descripciones para cada trastorno; y por último se incluyen 11 apéndices.

Desde la primera versión se incluyeron varias secciones dedicadas a disfunciones en la personalidad, donde se consideraba que no cursaban con malestar emocional para el paciente, aunque esta idea quedó descartada con la segunda edición del manual. Pero no fue hasta la introducción del sistema multiaxial cuando los trastornos de personalidad fueron clasificados de un modo más sistemático, aunque no sin controversia. Esto se debe a que los trastornos mentales se han conceptualizado



de un modo en que su validez depende de una lista de síntomas que si se cumplen se da el trastorno, pero si no se cumplen se considera que el trastorno no está presente. En cambio, en los trastornos de personalidad esto no es posible y hay que considerar patrones de comportamiento relativamente estables en el tiempo y a través de diferentes contextos que se pueden observar en el funcionamiento del individuo en varios ámbitos, por tanto deja de ser un constructo meramente categórico.



**Figura 1.** Organización actual de los trastornos de personalidad según el DSM-IV

En la tercera edición del DSM se incluyó un eje dedicado a los trastornos de personalidad, que los dividía en tres clústers que organizan los trastornos debido a su sintomatología (Figura 1), mostrando así su importancia, el DSM-III aún tenía algunas limitaciones bastante importantes para poder realizar los diagnósticos, ya que no todos los trastornos de personalidad se clasificaban del mismo modo. Algunos de ellos (esquizoide, compulsivo, evitador y dependiente) seguían un sistema de clasificación motético, es decir, debían de cumplir con todos los criterios propuestos para poder ser diagnosticados; mientras que otro grupo de trastornos compuesto por el trastorno paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite y pasivo-agresivo seguían un sistema de clasificación politético, por tanto solo debían de cumplir con

algunos criterios, y pasado el punto de corte, podrían ser diagnosticados. Esta importante limitación fue corregida en la edición revisada del DSM-III ya que todas las categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad pasaron a ser politéticas. Pero esta enmienda aún no fue suficiente para calmar las críticas que defendían que los trastornos co-ocurrían con demasiada frecuencia. Las críticas incluían que los pacientes de las mismas categorías eran bastante heterogéneos, la falta de acuerdo sobre los criterios específicos de algunos trastornos, la variabilidad sobre el nivel de inferencia requerido para comprobar la presencia de algunos de los criterios y el no tener en cuenta el componente motivacional de las conductas de los individuos<sup>(1)</sup>.

**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. Cognitiva (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
2. Afectiva (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. Funcionamiento interpersonal
4. Control de los 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).

**Figura 2.** Criterios diagnósticos generales para trastorno de personalidad según DSM-IV-TR

A pesar de estas críticas, la cuarta versión del DSM<sup>(11)</sup> propuso cambios muy conservadores en el modo en que se diagnostican los trastornos de personalidad. En esta edición se proponen 10 diagnósticos posibles de trastorno de personalidad,

siendo estos: límite, histriónico, narcisista, evitador, dependiente, antisocial, esquizotípico, esquizoide, paranoide y compulsivo (figura2).

### *1.II.II. LAS NUEVAS TENDENCIAS DEL DSM-5*

Hemos tenido que esperar al DSM-5 para encontrar un verdadero cambio en la forma de evaluar y diagnosticar los trastornos de personalidad. La próxima versión del DSM está prevista que se publique en 2013. Es el producto de casi una década de trabajo y revisión de todos los aspectos relativos a la evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales. Se espera que esta edición incremente la utilidad del manual tanto para los profesionales clínicos así como para los pacientes.

En la personalidad se han hecho una reformulación muy profunda, que pasa de ser una sección de diagnósticos categoriales a un modelo híbrido categórico-dimensional. Se ha realizado un gran esfuerzo por integrar los trastornos de personalidad con los rasgos de personalidad patológicos y la funcionalidad de la personalidad.

Las 10 categorías diagnósticas que existen en la actualidad, se recortarán a seis. De este modo los diagnósticos disponibles en un futuro serán: antisocial, evitador, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico, y en lugar del trastorno de personalidad no especificado aparecerá el trastorno de personalidad especificado por rasgo

La próxima edición del DSM ha cambiado los criterios diagnósticos generales para los trastornos de personalidad. Estos criterios son los siguientes:

- A) Disfunción significativa en funcionalidad del *self* (identificación y auto-dirección) e interpersonal (empatía e intimidad).
  
- B) Una o más dimensiones o facetas de rasgo patológicas.

- C) Las disfunciones en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente estables en el tiempo y consistentes en diferentes situaciones.
- D) Las disfunciones en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo, no se entienden mejor como normales para la fase de desarrollo del individuo o en su contexto socio-cultural.
- E) Las disfunciones en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se deben exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica.

El criterio diagnóstico A se refiere a la disfunción en al menos dos áreas de funcionamiento de la personalidad. Según los grupos de trabajo del DSM-V existen ocho dimensiones de funcionamiento de la personalidad que hacen referencia a factores cognitivos, del *self*, emocionales, comportamentales, físicos, interpersonales, ocupacionales y recreativos.

Los dos factores más relevantes para los trastornos de personalidad son el funcionamiento del *self* y el funcionamiento interpersonal. El primer tipo de funcionalidad se refiere a dos aspectos, por un lado a la identidad, es decir la experiencia que uno tiene de sí mismo, con claras diferenciaciones entre uno mismo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la precisión de la autoevaluación, así como la capacidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales. El segundo aspecto al que se refiere la dimensión de *self* es a la autodirección que hace referencia a la persecución coherente y significativa de metas tanto a corto plazo como para la vida en general, la utilización de estandartes de comportamiento internos prosociales y constructivos y la habilidad de auto-reflexionar de forma productiva. Por otro lado, el funcionamiento interpersonal se refiere especialmente a la intimidad y empatía. La empatía se define como la comprensión y apreciación de las experiencias y motivaciones de los demás, la tolerancia a las diferentes perspectivas y la comprensión del efecto que nuestro propio comportamiento tiene sobre otras personas. La intimidad hace referencia a la profundidad y duración de una conexión positiva con

otras personas, el deseo y la capacidad de mantener la cercanía y el respeto mutuo que se refleja en el comportamiento interpersonal (<http://www.dsm5.org>).

Por otra parte, según el criterio B de diagnóstico el paciente también ha de mostrar una disfunción en al menos uno de los cinco dominios o facetas de rasgo. Estos dominios de rasgo han de considerarse como entidades bipolares que discurren sobre un continuo. Los dominios son: afectividad negativa, *detachment* (indiferencia), antagonismo, desinhibiciones vs. compulsiones y psicoticismo. Por ejemplo, el dominio *detachment* es lo que se ha conocido previamente como introversión, y que ahora ha pasado a tener este nombre porque los grupos de trabajo han considerado que el rasgo de introversión no transmitía suficientemente los aspectos de mala adaptación de este rasgo, que por su parte tiene el otro lado del espectro en la extroversión. Aunque los dominios son bipolares, se considera que sólo uno de los polos está asociado con los trastornos de personalidad, es decir, se consideran tanto los aspectos de personalidad adaptativos como los mal-adaptativos. Los trastornos de personalidad se restringen casi exclusivamente a los polos desadaptativos de los dominios de personalidad, aunque existen algunas excepciones en el caso de la extroversión y la falta de desinhibición.

### I.III. LOS RASGOS DE PERSONALIDAD

---

Uno de los aspectos centrales a la investigación en psicología de la personalidad es la forma en que se concibe la patología. Siguiendo los métodos clásicos en medicina, por un lado, se han propuesto los sistemas categóricos de clasificación, como el DSM, en los que los pacientes deben cumplir con ciertos criterios diagnósticos para ser diagnosticados. Pero en psicología de la personalidad también se han explorado sistemas dimensionales para diferenciar entre la personalidad normal y la patológica. Fue a partir de la aportación de Spearman<sup>(4)</sup>, con el análisis factorial, que comenzaron los primeros modelos sobre los rasgos de personalidad, considerados como patrones de pensamientos, sentimientos y comportamientos relativamente duraderos y estables en el tiempo<sup>(12)</sup>.

Estos modelos dimensionales proponen que existen un número de dimensiones que engloban todas las características de la personalidad, y cada individuo tiene un perfil único dependiendo de cómo se distribuye a lo largo de estas dimensiones. Las dimensiones pueden ser de dos tipos, por un lado aquellas que en un extremo de la dimensión existe un lado 'normal' y otro 'patológico', y por otro lado aquellas dimensiones en las cuales ambos extremos pueden ser patológicos, como por ejemplo la dimensión introversión-extroversión de Eysenk, en la cual ambos extremos son patológicos, y lo normal se encontraría en algún lugar intermedio<sup>(13)</sup>.

Existen limitaciones a los modelos dimensionales, siendo la más notable la falta de consenso sobre el número de rasgos que componen la personalidad de los individuos y su psicopatología. Históricamente ha habido poco consenso sobre cuántos son los rasgos que componen la personalidad, pero hoy en día se considera que las dimensiones básicas de personalidad son entre 3 y 5, ya que estas dimensiones son las que sistemáticamente aparecen en los análisis factoriales<sup>(14)</sup>.

Uno de los primeros modelos en ser ampliamente respaldado fue el modelo de los tres factores de Eysenck<sup>(15)</sup>, que postuló la existencia de tres dimensiones centrales

a la personalidad: neuroticismo, extroversión y psicoticismo. Posteriormente otros autores han propuesto modelos que incluyen cuatro dimensiones de personalidad, como el modelo de Cloninger<sup>(16)</sup>, en el que se consideran la evitación del daño, la dependencia de la recompensa, la persistencia y la búsqueda de novedad como los factores básicos.

Más recientemente el modelo de los cinco factores (*Big Five Personality Factors*) se ha instaurado como el modelo dominante. Este modelo considera que existen cinco factores, o rasgos, que componen el núcleo de la personalidad. Estos cinco rasgos principales son: Extroversión-introversión, amabilidad-oposicionismo, responsabilidad-falta de responsabilidad, adaptación-neuroticismo y apertura a la experiencia. El modelo de los cinco factores ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, y ha mostrado una gran convergencia tanto entre distintas culturas, edades y sexo<sup>(1)</sup>. Uno de los modelos que en la actualidad está siendo más integrador es el propuesto por Tellegen<sup>(17)</sup> en el cual existen tres componentes de personalidad, dos de ellos relacionados con afecto (positivo y negativo) y otro no emocional, que es equiparable a la dimensión psicoticismo de Eysenck.

Debido a la naturaleza de los estudios que se han llevado a cabo para realizar esta tesis, se va a hacer hincapié en dos rasgos: uno de los que con más frecuencia de asocian al afecto negativo (neuroticismo) y otro de los que más frecuentemente se asocian a los componentes no afectivos de la personalidad (impulsividad).

El neuroticismo con frecuencia se considera una de dimensiones básicas de personalidad, según Eysenck<sup>(18)</sup> hace referencia a sentimientos de ansiedad, depresivos o de culpabilidad, así como a baja auto-estima, timidez, labilidad emocional, y altos niveles de emotividad. El neuroticismo se ha asociado con la depresión de muchas formas, por ejemplo algunos autores muestran que incrementa el riesgo de padecer depresión hasta tres veces<sup>(19)</sup>, y que también aumenta la probabilidad de recurrencia de episodios depresivos<sup>(20)</sup>.

La impulsividad incluye un grupo heterogéneo de rasgos menores, como por ejemplo búsqueda de sensaciones o de novedad, susceptibilidad al aburrimiento, osadía, búsqueda de novedad, etc<sup>(13)</sup>. Depue y Collins<sup>(21)</sup> realizaron un análisis en que incluyeron 11 estudios y encontraron que la dimensión de impulsividad correlaciona con mayor frecuencia con rasgos que no contienen el aspecto emocional, como por ejemplo el psicoticismo descrito por Eysenk, así como con algunas medidas de agresión. Zuckerman<sup>(22)</sup> divide la impulsividad en dos componentes: aquellos que sí tienen elementos afectivos que denominan impulsividad-búsqueda de sensaciones y otro componente que está libre del componente afectivo (impulsividad-búsqueda de sensaciones no socializadas). La impulsividad se ha examinado especialmente en conjunción con fases maníacas del trastorno bipolar ya que las personas con altas puntuaciones en este rasgo a menudo reflexionan poco sobre sus actos y muestran poca preocupación por las consecuencias<sup>(23)</sup>, lo cual también es aparente en pacientes maníacos. Recientemente algunos estudios han examinado la asociación entre depresión, impulsividad y suicidio<sup>(24)</sup>, y cómo el componente de no planificación de la impulsividad puede estar relacionado con el suicidio en pacientes depresivos<sup>(25)</sup>.

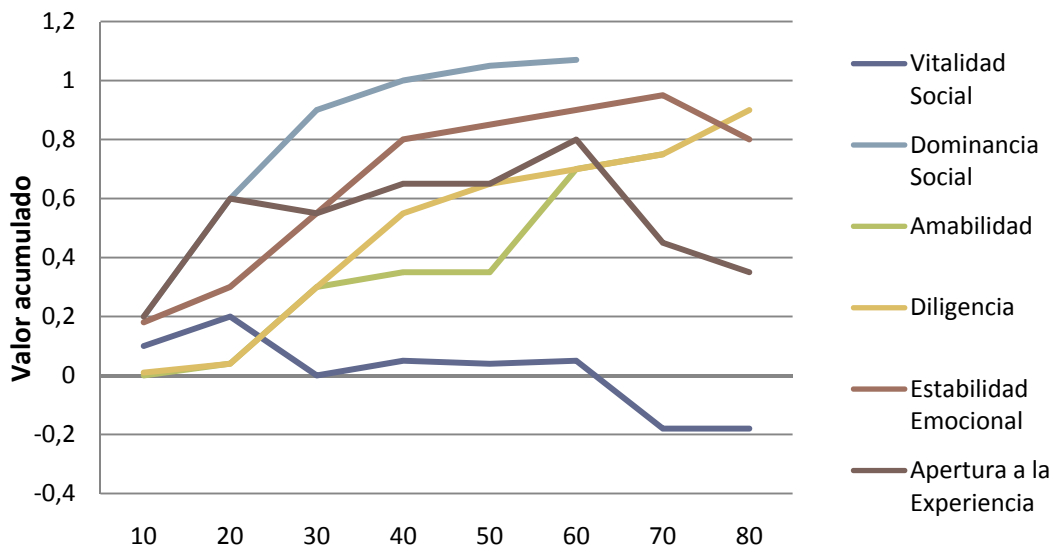
Se ha considerado durante mucho tiempo que los rasgos de personalidad son algunos de los elementos de la psicología de la personalidad más inamovibles <sup>(26)</sup>, aunque más recientemente esta hipótesis ha sido revisada en profundidad en un meta-análisis de Roberts y Walton<sup>(12)</sup>. Este meta-análisis ha tenido como objetivo revisar los estudios longitudinales disponibles sobre rasgos de personalidad. Han revisado 92 trabajos para poder determinar si es cierto que los rasgos de personalidad se establecen en la adolescencia e infancia y permanecen estables a lo largo de la adultez o si realmente existen cambios a lo largo de nuestros ciclos de vida en nuestros rasgos de personalidad.

Estos autores pretendieron observar los cambios en las puntuaciones medias obtenidas para 6 rasgos de personalidad a lo largo de la vida. Encontraron que la idea de que los rasgos de personalidad una vez establecidos permanecen sin cambios durante el resto de nuestra vida es demostrablemente falsa. Sus datos muestran que los rasgos de personalidad cambian, siendo estos cambios como media de una desviación estándar a lo largo de la vida, y también que existen ciertos momentos en



nuestras vidas en los que el cambio es más probable, especialmente durante la adultez temprana.

En la figura 3 se encuentra una representación de la evolución de los cambios en las puntuaciones medias en los diferentes rasgos de personalidad examinados por Roberts y Walton (2006).



**Figura 3.** Variación de los valores medios de rasgos de personalidad a lo largo del ciclo vital

#### I.IV. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

---

Los primeros grandes estudios que examinaron la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población se remontan a mediados del siglo XX, y en ellos se estimó que la prevalencia de este tipo de trastorno oscilaba entre el 6% y el 10%<sup>(27)</sup>. El problema principal de estos estudios era que se realizaron antes de que se propusieran los criterios diagnósticos formales y de que se tuvieran los instrumentos de evaluación que hoy en día se utilizan, por tanto las estimaciones que ellos encontraron no son fiables.

Los estudios más rigurosos sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad comenzaron a realizarse a partir de 1980, después de que estuviera accesible la tercera edición del DSM, ya que esta versión proporcionó criterios diagnósticos explícitos para cada trastorno. La mayoría de los estudios de prevalencia establecen la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general alrededor del 10%, aunque oscila entre el 4.4% y el 13.4%. Esta variabilidad depende de los instrumentos utilizados para realizar el diagnóstico, del modo en que la muestra ha sido seleccionada, si en el estudio ha examinado prevalencia total o prevalencia por clústers de personalidad, o de si se han utilizado criterios diagnósticos de DSM o CIE<sup>(28)</sup>.

#### *LIV.I.ESTUDIOS DE POBLACIÓN GENERAL*

Samuel y colaboradores han llevado a cabo la revisión más extensa y actualizada de los principales estudios que han examinado la prevalencia de los trastornos de personalidad en diferentes poblaciones durante la última década<sup>(29)</sup>. En lo referente a los estudios realizados en la población general, estos autores encontraron que existía una gran variabilidad en los resultados de la prevalencia de los trastornos de personalidad, especialmente en lo referente a los trastornos específicos.

Según su análisis, la principal razón por la cual aparece esta variabilidad en la prevalencia de los diferentes trastornos se debe a que los estudios utilizan puntos de corte muy diferentes para realizar los diagnósticos. Pero al analizar los estudios desde un punto de vista más global parece que algunos de ellos son más frecuentes, como el trastorno obsesivo o el dependiente, mientras que otros, por lo general, como el narcisista o el histriónico, son relativamente escasos<sup>(29)</sup>.

Según la revisión de Samuels (2011), en los estudios en población general se ha apuntado que existen diferentes factores sociodemográficos que pueden estar influyendo la probabilidad de la aparición de los trastornos de personalidad. En el estudio *Hopkins Epidemiology of Personality Disorders Study*<sup>(30)</sup> se encontró que los trastornos del clúster A eran más frecuentes en hombres, personas separadas o divorciadas, y aún más prevalente entre personas que nunca habían estado casadas. En cuanto a las personas con trastornos del clúster B, lo más frecuente eran hombres, la probabilidad de aparición estaba inversamente relacionada con la edad y eran aparecían con más frecuencia en personas que no habían completado la educación secundaria. Los trastornos del clúster C eran más frecuentes en personas que nunca habían estado casadas y entre aquellos individuos que habían completado la educación secundaria. En la tabla 1 se observa la prevalencia en población general los diferentes trastornos de personalidad.

<b>Trastorno de personalidad</b>	<b>% de la población</b>
<b>Antisocial</b>	0.6-3.0
<b>Límite</b>	0.7-2.0
<b>Narcisista</b>	0.4-0.8
<b>Histriónico</b>	2.1
<b>Paranoide</b>	0.7-2.4
<b>Esquizoide</b>	0.4-1.7
<b>Esquizotípico</b>	0.1-5.6
<b>Evitador</b>	0.8-5.0
<b>Dependiente</b>	1.0-1.7
<b>Compulsivo</b>	1.7-2.2
<b>Cualquier trastorno de personalidad</b>	4.4-13.0

**Tabla 1.** Prevalencia de los diferentes trastornos de personalidad en estudios de población general (adaptada de <sup>(31)</sup>)

## LIV.II. ESTUDIOS EN POBLACIONES CLÍNICAS

Los estudios de prevalencia llevados a cabo en poblaciones clínicas también han arrojado resultados muy variables que probablemente se deben a que la mayoría de los grandes estudios llevados a cabo en estas poblaciones se han basado en evaluaciones clínicas no estructuradas<sup>(29)</sup>. Esto ha llevado en ocasiones a obtener prevalencias muy bajas, como la encontrada en el estudio de Olham y Skodol<sup>(32)</sup> en Nueva York, donde la prevalencia de los trastornos de personalidad era del 11%, muy similar a lo que se espera en la población general, mientras que en otros estudios la prevalencia es mucho más elevada, como por ejemplo en el estudio de Zimmerman<sup>(33)</sup> donde la prevalencia era del 45.5%.

Existe un estudio muy interesante acerca de la importancia de realizar los diagnósticos con entrevistas estructuradas<sup>(34)</sup>. En este trabajo se compararon las prevalencias del trastorno límite de personalidad en estudios en los que se habían realizado los diagnósticos utilizando entrevistas estructuradas o solamente a través de las evaluaciones de los profesionales clínicos. Se encontró que los estudios en los que no se habían utilizado métodos estructurados las prevalencias eran mucho más bajas.

Esta variabilidad en los resultados es lo que motivó a la realización del *Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services Project (MIDAS)*<sup>(33)</sup>, uno de los estudios epidemiológicos más extenso llevado a cabo en pacientes. En este estudio se realizaron 859 entrevistas a pacientes psiquiátricos externos. Se encontró que casi la mitad de los participantes tenían algún tipo de trastorno de personalidad, pero de éstos el 14% eran del tipo trastorno no especificado. Sólo se pudo especificar el trastorno de personalidad en el 31% de la muestra, y de estos el 25.2% tenían más de un trastorno de personalidad. El trastorno de personalidad comórbido de forma más frecuente con otros era el trastorno límite de la personalidad.

#### I.V. COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

---

La relación entre los trastornos de personalidad y su comorbilidad con los trastornos del Eje I se ha examinado en numerosas ocasiones, tanto en estudios con poblaciones clínicas como en la población general<sup>(33,35-37)</sup>.

En el estudio *Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing* se comprobó que esta asociación entre los trastornos de personalidad y otros trastornos mentales estaba bien establecida. Cuando analizaron con más detalle esta asociación encontraron que las personas con algún tipo de trastorno de personalidad tenían hasta cinco veces más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, cuatro veces más probabilidades de desarrollar un trastorno del ánimo y más de dos de desarrollar un trastorno relacionado con el consumo de sustancias<sup>(38)</sup>.

Al examinar la relación de los diferentes clústers de personalidad con los trastornos del Eje I<sup>(39)</sup>, se encontró que los pacientes con trastornos del clúster A tenían una mayor probabilidad de desarrollar trastornos afectivos o de ansiedad, con un incremento del riesgo de OR=2.7. Los pacientes con trastornos del clúster B también mostraron una asociación con los trastornos afectivos y de ansiedad, y asimismo contaban con un riesgo incrementado de padecer trastornos de dependencia del alcohol y psicosis funcionales; mientras que los individuos con trastornos del clúster C padecían más trastornos de ansiedad y del ánimo que las personas sin estos trastornos, pero tenían menos probabilidades de desarrollar trastornos relacionados con el consumo del alcohol.

Coid<sup>(31)</sup> realizó una extensa revisión de la epidemiología de los trastornos de personalidad, en la que examinó las principales características epidemiológicas de cada trastorno de personalidad, prestando especial atención a su comorbilidad con otros trastornos (Tabla 2.).

Trastorno de personalidad	Trastornos comorbidos más frecuentes
Paranoide	Trastorno antisocial de la personalidad
Esquizoide	Trastorno esquizotípico de personalidad Trastornos del espectro autista
Esquizotípico	Esquizofrenia
Evitador	Trastorno dependiente de la personalidad Fobia social
Dependiente	Trastorno límite de personalidad
Obsesivo	Trastornos de ansiedad
Narcisista	Trastorno antisocial de la personalidad
Histriónico	<u>Mujeres</u> : Trastornos médicos no explicados <u>Hombres</u> : Trastornos de abuso y dependencia de sustancias
Límite	Trastornos de abuso y dependencia de sustancias Fobias Trastornos de ansiedad Trastorno antisocial de la personalidad Trastornos depresivos
Antisocial	Trastornos de abuso y dependencia de sustancias

**Tabla 2.** Trastornos más frecuentemente comorbidos con los trastornos específicos de personalidad

En el *National Comorbidity Replication Survey*, un estudio que se llevó a cabo entre los años 2001-2002, se entrevistaron a los participantes y se recogió información sobre la personalidad, trastornos del Eje I (evaluados con la entrevista CIDI) y datos sociodemográficos<sup>(28)</sup>. Se encontró que los trastornos de personalidad aparecían de forma frecuente comórbidos con otros trastornos. Sus resultados muestran que el 88% de las asociaciones entre los trastornos del Eje I y los trastornos de personalidad eran estadísticamente significativas<sup>(28)</sup>. La comorbilidad variaba dependiendo del clúster, aunque las asociaciones más frecuentes se daban con los trastornos del clúster B, ya que tener un trastorno de este clúster podría aumentar de forma considerable la probabilidad de padecer un trastorno del Eje I (OR=14.4; CI: 6.1-34.0). Las asociaciones más potentes se dieron con el trastorno distímico, trastorno bipolar, trastorno explosivo intermitente y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Los otros dos clústers también mostraron una alta comorbilidad con los trastornos del Eje I,

siendo del 41.1% para el clúster A y de 49.7% para el clúster C. Estos resultados han sido replicados en un estudio reciente, donde se ha encontrado que los trastornos del clúster B son los que se asocian de forma más frecuente con los trastornos del Eje I, seguidos de los trastornos del clúster C, y los que menos se asocian con otros trastornos del Eje I son los del clúster A<sup>(29)</sup>.

Aunque la mayoría de los grandes estudios epidemiológicos que han examinado la personalidad se han llevado a cabo con un diseño transversal, existen algunos estudios longitudinales que han seguido a los participantes durante años. La mayoría de estos estudios han encontrado una fuerte asociación entre los trastornos de personalidad y los trastornos de abuso de sustancias<sup>(36,40)</sup> así como con los trastornos de ansiedad<sup>(35,37,40)</sup>.

El estudio NESARC (*National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions*)<sup>(36)</sup> examinó en una amplia muestra de más de 40.000 participantes cómo los trastornos de personalidad específicos se relacionaban con los trastornos de abuso de sustancias, incluyendo alcohol, drogas y nicotina. Encontraron que todos los trastornos de personalidad estaban relacionados con los trastornos de dependencia de sustancias, especialmente los trastornos de dependencia de drogas. El trastorno antisocial de la personalidad fue el que, de forma consistente, aumentaba en mayor grado la probabilidad de desarrollar un trastorno de dependencia de sustancias. Específicamente, en la dependencia de drogas encontraron que el trastorno con una influencia menor era el trastorno obsesivo-compulsivo (OR=5.1) y el más importante el trastorno antisocial de la personalidad (OR=16.6). En cuanto a la dependencia de alcohol, el trastorno de personalidad que incrementaba en mayor medida la probabilidad de desarrollar dependencia alcohólica era el trastorno antisocial de la personalidad (OR=7.8), mientras que el que menos influencia ejercía era el trastorno narcisista (OR=2.7). Cuando analizaron la dependencia nicotínica, encontraron que el trastorno antisocial de la personalidad incrementaba el riesgo más de 6 veces, mientras que el que menos la incrementaba era el trastorno narcisista (OR=2.7).



Otros estudios que han hecho un seguimiento de personas con trastornos de personalidad y han analizado su relación con los trastornos del Eje I, como el estudio *Children in the Community Study*<sup>(37)</sup> y la parte de seguimiento del *Epidemiological Catchment Area* (ECA), han encontrado una fuerte asociación con los trastornos de ansiedad<sup>(35)</sup>. En el primero de estos estudios se siguió a los participantes desde la adolescencia hasta la adultez (33 años de media), y encontraron que la mayoría de los trastornos de personalidad que habían examinado, diagnosticados con criterios DSM-IV, predecían trastornos de ansiedad en la edad final del estudio. Esta relación se mantenía tanto si se consideraban los trastornos de ansiedad como grupo o de modo individual. En el estudio ECA los participantes fueron entrevistados para personalidad y trastorno de pánico y agorafobia inicialmente en 1981 y re-evaluados entre 1993-1996. Los autores encontraron que ciertos criterios de algunos de los trastornos de personalidad predecían la presencia de pánico y/o agorafobia. Los criterios que predecían esta aparición eran todos los del diagnóstico del trastorno evitador y algunos de los criterios diagnósticos del trastorno dependiente de personalidad.

Como se puede comprobar, los trastornos de personalidad se han asociado en numerosas ocasiones a otros trastornos del Eje I del DSM. Esta comorbilidad se ha encontrado tanto en estudios transversales, en los cuales se ha comprobado la co-ocurrencia de los trastornos, como en estudios longitudinales, con los que se han indicado posibles factores de riesgo para padecer trastornos del Eje I. Se ha comprobado en diversos estudios que los trastornos de personalidad incrementan la probabilidad de padecer ciertos trastornos, especialmente trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos de ansiedad.

## I.VI. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

---

La alta comorbilidad de la depresión mayor y los trastornos de personalidad ha sido frecuentemente documentada, y se han propuesto prevalencias que varían entre un 6% y un 87%, aunque la prevalencia depende del tipo de trastorno de personalidad estudiado. Los trastornos del clúster B son especialmente frecuentes, seguidos de los del clúster C y en último lugar por los del A<sup>(41)</sup>. El impacto de la presencia de un trastorno de personalidad en el curso de un trastorno del ánimo sigue siendo debatible. Algunos estudios han encontrado una influencia muy limitada de los trastornos de personalidad sobre su curso cuando hay un único trastorno de personalidad, pero cuando este número aumenta se encuentra una severa reducción de la calidad de vida. Los individuos con trastornos de personalidad presentan una edad de aparición más temprana de los trastornos del ánimo<sup>(42,43)</sup>.

Uno de los trastornos del estado del ánimo que se asocia con mayor frecuencia a los trastornos de personalidad es el trastorno depresivo mayor. También existe comorbilidad con otros trastornos del eje I y II<sup>(44-49)</sup>. Se ha indicado que la influencia del trastorno de personalidad en el trastorno depresivo mayor afecta a aspectos clínicos como: inicio más temprano de los síntomas depresivos<sup>(41,42,50-54)</sup>, mayor tiempo de respuesta al tratamiento<sup>(52,55-65)</sup>, tasas de suicidio e intento de suicidio más elevadas<sup>(42,43,51,66-69)</sup> y episodios depresivos de mayor duración<sup>(45,51,55,60,61,70)</sup>, así como una mayor frecuencia de recaídas e ingresos hospitalarios<sup>(51,59,61,68,71-73)</sup>, un menor apoyo social<sup>(50,59,73-76)</sup> y tasas elevadas de divorcio y separación<sup>(42,55)</sup>. Por lo que respecta a la respuesta terapéutica, hay contradicciones entre los estudios previos, ya que algunos afirman que hay una influencia limitada de las variables de la personalidad en la evolución del trastorno depresivo mayor<sup>(77-79, 58)</sup>, sobre todo en el caso del clúster C<sup>(43)</sup>, mientras que la mayoría resalta una peor respuesta terapéutica a la psicoterapia y/o el tratamiento antidepressivo. Así pues, las tasas de respuesta oscilan entre el 20% y el 49% en los pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor con trastorno

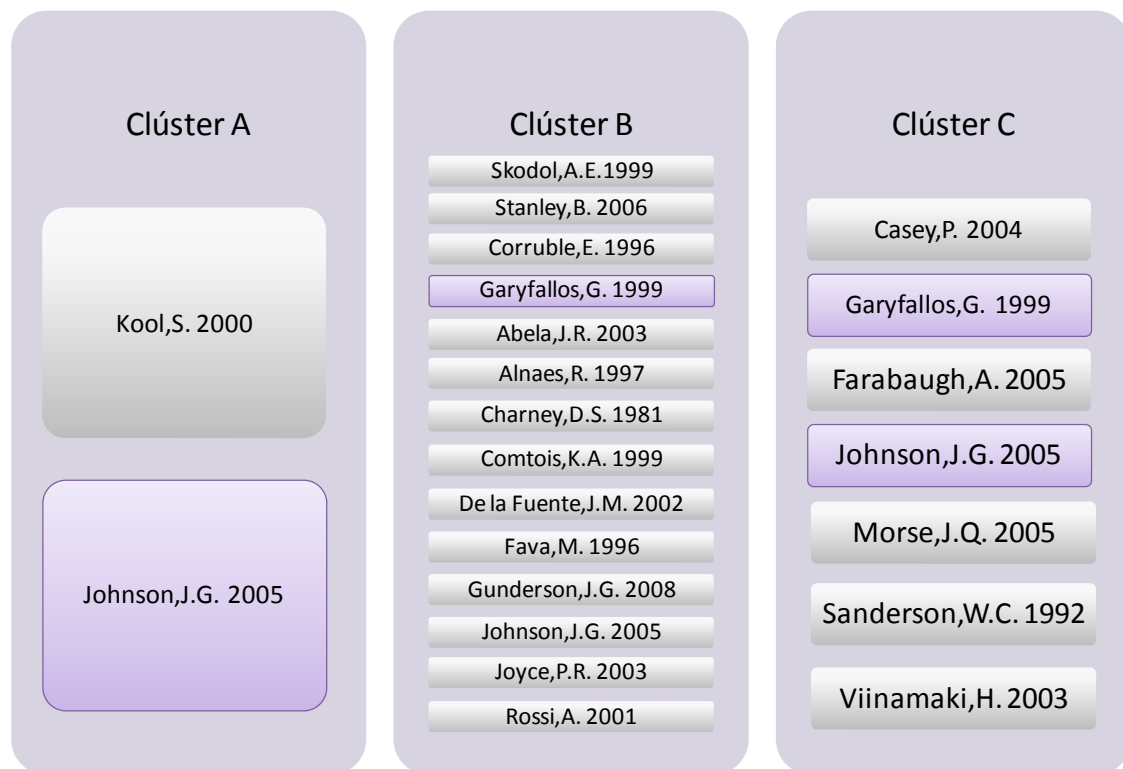
de personalidad comórbida, frente a una tasa superior, de un 49% a un 91% en los pacientes con trastorno depresivo mayor sin trastorno de personalidad <sup>(42,50,51,77,80-84)</sup>.

Aunque los estudios de prevalencia muestran una gran dispersión de los resultados en función del tipo de diseño, la muestra y los instrumentos utilizados en la evaluación, en general, la prevalencia descrita de la comorbilidad entre trastorno depresivo mayor y el trastorno de personalidad ha sido de entre el 6% y el 87% <sup>(41)</sup> (Ver tabla 3).

**Tabla 3.:** Principales estudios epidemiológicos que asocian los trastornos depresivos con los trastornos de personalidad

Autor	Año	Diseño	Muestra
Abela et al.	2003	transversal	Individuos con trastorno límite de la personalidad
Alnaes & Torgersen	1997	transversal	Pacientes psiquiátricos externos
Casey et al.	2004	prospectivo	Muestra comunitaria
Charney et al.	1981	transversal	Pacientes deprimidos
Comtois et al.	1999	transversal	Pacientes psiquiátricos externos
De la Fuente et al.	2002	transversal	Pacientes con o sin trastorno límite con o sin trastorno depresivo mayor
Farabaugh et al.	2005	transversal	Pacientes psiquiátricos externos con trastorno depresivo mayor
Fava et al.	1996	transversal	Pacientes en tratamiento para depresión mayor
Garyfallos et al.	1999	transversal	Pacientes externos con depresión mayor o distimia
Gunderson et al.	2008	prospectivo	Pacientes con trastorno de personalidad
Johnson et al.	2005	prospectivo	Muestra comunitaria de niños
Joyce et al.	2003	prospectivo	Pacientes deprimidos
Kool et al.	2000	transversal	Pacientes deprimidos
Morse et al.	2005	prospectivo	Pacientes en recuperación de un episodio depresivo mayor
Rossi et al.	2001	transversal	Pacientes deprimidos y con trastorno límite
Sanderson et al.	1992	transversal	Pacientes de depresión mayor, depresión doble y distimia
Stanley & Wilson	2006	transversal	Pacientes deprimidos
Viinamaki et al.	2003	prospectivo	Pacientes con depresión mayor y con un trastorno del clúster C; y pacientes con depresión mayor sola

Algunos clúster de personalidad se asocian de forma más frecuente con síndromes depresivos, aunque los resultados varían considerablemente de un estudio a otro, tal como se muestra en la figura 4.



**Figura 4.** Estudios que asocian trastornos de personalidad con trastornos depresivos, dividido por clúster de personalidad. Los estudios que están resaltados son aquellos que han encontrado más de un clúster asociado con una prevalencia más elevada

Otro trastorno del estado del ánimo que se asocia con frecuencia al trastorno de personalidad es la distimia<sup>(80,84,85)</sup>. La comorbilidad entre el trastorno distímico y los trastornos de personalidad también es bastante frecuente. Parece que la prevalencia de la distimia a lo largo de la vida es de alrededor de un 3%, aunque es más alta en las mujeres (4%) que en los varones (2,2%)<sup>(86)</sup>. Sin embargo, la prevalencia de la comorbilidad es muy elevada (65%-100%) cuando se asocia con otros trastornos de los ejes I y II<sup>(80,84,85,87-89)</sup>, lo cual lo convierte en un trastorno mucho más frecuente que el trastorno depresivo mayor<sup>(84,89)</sup>. Desde un punto de vista clínico, el trastorno de personalidad en pacientes con distimia está ligado a una psicopatología general más grave, que se refleja en unas puntuaciones altas en la BDI y en la mayor parte de las escalas de MMPI<sup>(84)</sup>. De forma más concreta, se ha observado una sintomatología depresiva más grave en la distimia cuando se asocia a rasgos de personalidad del clúster C<sup>(89,90)</sup>, así como a la ansiedad<sup>(85,89)</sup>.

Algunos estudios muestran que la distimia de comienzo temprano está asociada con una mayor comorbilidad con trastornos del Eje II que la depresión mayor episódica<sup>(89)</sup>. Se acepta que la distimia tiene una alta comorbilidad con otros trastornos del Eje I tales como la depresión mayor; de hecho se considera que sólo el 25-30% de los casos de distimia ocurren en ausencia de otros trastornos psiquiátricos<sup>(86)</sup>. Los pacientes distímicos se diagnostican más a menudo con trastornos de los clúster B y C, especialmente con trastornos límite, histriónicos, dependientes y evitadores<sup>(84)</sup>.

Hasta el 69% de los pacientes que cumplen los criterios para la depresión doble también cumplen criterios para al menos un trastorno de personalidad<sup>(85)</sup>. Los pacientes con distimia difieren poco de aquéllos que posteriormente desarrollan un trastorno depresivo mayor, aunque parece que tienen una mayor frecuencia de trastornos del clúster A y son más evitadores<sup>(88)</sup>.

## *I.VI.I. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EDADES AVANZADAS*

La edad avanzada está asociada con el declive en numerosas áreas de la vida de las personas (social, económico, físico, cognitivo, etc.) y debido al progresivo envejecimiento de la población, el estudio de este deterioro es cada vez más frecuente. Dada la especial configuración de los factores psicológicos que ocurren en edades avanzadas, como por ejemplo la mayor exposición a factores de riesgo (pérdida de seres queridos, enfermedades graves, deterioro cognitivo, etc.) es importante conocer bien cómo algunos factores pueden afectar al declive psicológico de las personas, la aparición de los trastornos mentales a estas edades y la comorbilidad que existe entre ellos. Se ha visto que la afectación de estas áreas está mediada por muchos factores que pueden empeorar o mejorar el pronóstico a estas edades <sup>(91)</sup>.

Los factores de personalidad se han propuesto como posibles factores mediadores de esta relación, Hultsch <sup>(92)</sup> comprobó que llevar una vida activa y comprometida socialmente, por ejemplo a través del voluntariado, ayuda a mantener un funcionamiento cognitivo elevado en personas mayores. Pero esta relación está mediada por factores de personalidad, existiendo factores protectores y precipitantes para este deterioro.

Uno de los principales problemas que existe para la exploración de la personalidad en las personas de avanzada edad, es la carencia de instrumentos adecuados para medir estos factores teniendo en cuenta las características especiales de este grupo de edad. A estas edades existen factores que pueden ser difíciles de valorar sin una exploración minuciosa y que a la vez pueden estar influyendo en los diagnósticos que se producen. Es probable que este problema en la metodología tenga que ver con el hecho de que la personalidad y sus trastornos se definen frecuentemente como estructuras estables de comportamiento, que afectan a diversas facetas de la vida del individuo; en su forma patológica son disfuncionales y empeoran el funcionamiento y especialmente la forma de relación con los demás. La creencia en la estabilidad puede estar afectando negativamente la forma de evaluar estos

trastornos en personas mayores, ya que como hemos mencionado antes, existe una interacción entre los factores cognitivos y los rasgos de personalidad <sup>(91)</sup>.

Los trastornos de la personalidad en edades avanzadas continúan siendo un tema inexplorado, existiendo pocos estudios y resultados contradictorios. Esto se debe en parte a las grandes dificultades que existen a la hora de diagnosticar esta patología en ancianos. Agronin<sup>(93)</sup> expuso tres problemas principales en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en pacientes ancianos. En primer lugar, existían numerosos problemas para obtener una historia longitudinal adecuada por parte de los pacientes ancianos; por otro lado también era necesario tener en cuenta que los instrumentos diagnósticos, como por ejemplo las entrevistas estructuradas, no estaban bien ajustados para ser utilizados en pacientes mayores; y en tercer lugar existía el problema de que la nosología del DSM-IV estaba basada en un modelo categórico que no toma en cuenta los cambios vitales asociados a la edad que pueden afectar al comportamiento, al funcionamiento social y a la personalidad del individuo. Todo esto son factores difíciles de valorar y pueden generar confusiones a la hora del diagnóstico en el eje II.

Algunos estudios en éste área se han centrado en la distribución de los trastornos de la personalidad en ancianos, pero los datos son contradictorios y confusos. Por ejemplo, Kunik<sup>(94)</sup> sugiere que existe una menor prevalencia de los trastornos del clúster B, mientras que otros autores<sup>(95)</sup> proponen que los menos frecuentes son los del clúster C. Tras una revisión meta-analítica de más de 30 estudios, Abrams et al<sup>(96)</sup> no encontraron diferencias significativas en la distribución de estos trastornos. Engels et al<sup>(97)</sup> realizaron una revisión en la que encontraron diferencias significativas entre la distribución de los trastornos de la personalidad en ancianos en la comunidad y en muestras clínicas. Los trastornos obsesivo-compulsivos y esquizoides eran más frecuentes en personas mayores que vivían en la comunidad, mientras que entre la población clínica los más frecuentes eran los dependientes, evitadores y paranoides.



Los estudios que se han centrado en la prevalencia de estos trastornos en estas edades estiman que oscila entre el 5% y el 10%<sup>(98)</sup> lo cual las sitúa por debajo de las prevalencias que se encuentran normalmente en poblaciones de cualquier edad (10%-18%)<sup>(99,100)</sup>. Aunque no todos los autores encuentran estos resultados. La revisión de Engels<sup>(97)</sup> mostró que las prevalencias tienen un intervalo mucho mayor, pudiendo oscilar entre el 7% y el 65% en muestras no clínicas.

En un estudio reciente realizado en España<sup>(101)</sup> se ha encontrado que la prevalencia de los trastornos de la personalidad en personas mayores de 60 años es del 2.7%. Los autores observaron que no solo los trastornos de la personalidad aparecían con prevalencias así de bajas, sino que esto se trasladaba a la mayoría de los demás trastornos mentales. Es posible que la baja prevalencia de los trastornos de la personalidad en el anciano pueda deberse a que su presentación cambia, dificultando así el diagnóstico, y a los demás problemas metodológicos que hemos mencionado antes<sup>(93,102)</sup>.

En general, a todas las edades, se observa que la mayoría de los trastornos de la personalidad aparecen en individuos que además sufren un trastorno del estado del ánimo, y en los ancianos esto podría ser especialmente relevante ya que se han encontrado tasas de comorbilidad con la depresión y la distimia que llegan a ser de hasta el 30%<sup>(103)</sup>.

Los trastornos del ánimo parecen tener una menor prevalencia en las personas mayores de 65 años, y además presentan una distribución diferente. En las poblaciones más jóvenes aparece el trastorno de depresión mayor de forma más frecuente que en personas de edad avanzada, y entre este grupo son más frecuentes los trastornos más leves, como la distimia o la depresión leve<sup>(104)</sup>. Por esto resulta interesante prestar atención a la comorbilidad que existe entre estos trastornos más leves del estado del ánimo con los trastornos de la personalidad.

En personas jóvenes la distimia es el trastorno del estado del ánimo que se asocia de forma más frecuente con los trastornos de la personalidad<sup>(105)</sup>, pero en

personas mayores existen muy pocos estudios que hayan examinado esta asociación. Devanand<sup>(103,106)</sup> ha dedicado varios estudios a la fenomenología de la distimia en personas mayores y ha encontrado que no sólo es diferente en cómo se presenta sino que cursa de forma más frecuente con unos trastornos de personalidad que con otros, específicamente con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y de evitación.

Los trastornos de la personalidad comórbidos con los trastornos del estado del ánimo están asociados frecuentemente con una peor respuesta al tratamiento, una edad de comienzo más temprana y una mayor severidad de los síntomas<sup>(41,55,56)</sup>. En personas mayores se ha descrito la existencia de algunos rasgos de personalidad que pueden incrementar significativamente el riesgo de padecer depresión mayor. Duberstein<sup>(107)</sup> encontró que las personas mayores con altas puntuaciones en neuroticismo tienen un riesgo incrementado de padecer depresión mayor.

Este dato es muy interesante porque al considerar los rasgos de personalidad estables en el tiempo, nos preguntamos cómo las personas que han tenido este rasgo toda su vida y desarrollan depresión mayor cuando son ancianos, han estado protegidos en etapas anteriores de su vida. Por esto es importante tener en cuenta los posibles factores protectores que hayan podido estar presentes en épocas anteriores, como por ejemplo un trabajo gratificante o un apoyo social sólido, factores que en edades avanzadas son más difíciles de conseguir y que además se suman a otros factores de riesgo como las enfermedades de larga duración o la pérdida de las redes sociales<sup>(107)</sup>.

La personalidad en el anciano es un aspecto aún muy confuso y poco explorado. La importancia de tener buenos instrumentos diagnósticos adaptados a este grupo de edad para poder conocer las prevalencias se hace patente. Por otra parte es también necesario poder contar con más estudios que se centren en cómo los factores de la personalidad afectan a los trastornos del estado del ánimo en estas edades, no sólo por su alta comorbilidad sino también porque los trastornos del estado del ánimo no se comportan de la misma manera en personas mayores que en grupos

poblacionales más jóvenes. La personalidad en el anciano también puede estar mediando otros procesos específicos de estas edades, como por ejemplo el declive cognitivo.

---

## CAPÍTULO II

### JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



## JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

---

La razón principal para realizar los estudios que se exponen en esta tesis es la motivación por conocer cómo afectan los trastornos y rasgos de personalidad a los trastornos depresivos. Debido a que la prevalencia de los trastornos depresivos es bastante alta, es importante conocer cuáles son los factores que pueden influir sobre el curso, diagnóstico y pronóstico de estos trastornos, así como qué factores pueden ayudar a proteger a los pacientes de recaídas o a prevenir la aparición de dichos trastornos.

Las hipótesis sobre las que hemos basado este trabajo son:

1. La comorbilidad entre trastornos de personalidad y del ánimo varía dependiendo del clúster. Los trastornos de personalidad, así como ciertos rasgos disfuncionales de personalidad, pueden actuar como factores de riesgo, o en algunos casos factores de protección, para padecer trastornos depresivos
2. Los trastornos de personalidad se distribuyen de modo diferente a distintas edades, y son comorbidos con diferentes trastornos dependiendo de la edad.
3. La prevalencia de los trastornos y rasgos de personalidad, ni sus correlatos son bien conocidos en la población europea y pueden ser más frecuente de lo que se ha estimado hasta ahora.
4. La prevalencia de los trastornos y rasgos de personalidad, ni sus correlatos son bien conocidos en la población andaluza y pueden ser más frecuente de lo que se ha estimado hasta ahora.

En base a las hipótesis planteadas, se han propuesto una serie de objetivos que se enumeran a continuación (Figura II.1.):

1. Establecer la existencia de la asociación entre los trastornos de personalidad y trastornos depresivos. Establecer la asociación y los posibles efectos de riesgo/protección de los rasgos de personalidad para la ocurrencia de trastornos depresivos.
2. Comparar la distribución y comorbilidad de trastornos de personalidad en una muestra clínica representativa de adultos jóvenes vs. una muestra de adultos mayores.
3. Estimar la prevalencia poblacional Europea de los trastornos y rasgos de personalidad y su comorbilidad con los trastornos depresivos a partir del estudio internacional ESEMED.
4. Estimar la prevalencia poblacional andaluza de los trastornos y rasgos de personalidad y su comorbilidad con los trastornos depresivos a partir del estudio regional PISMA-ep.

Para llevar a cabo el primer objetivo se han analizado datos obtenidos de cinco países de la Unión Europea, que se han descrito en uno de los trabajos empíricos.

También se ha querido estimar la prevalencia de los trastornos y rasgos de personalidad y su comorbilidad con los trastornos depresivos a partir del estudio PISMA-ep en la provincia de Granada. Los datos para esta parte del trabajo se han obtenido en la fase de pilotaje del estudio PISMA-ep.

Como se ha mencionado anteriormente, la asociación entre los trastornos de personalidad, rasgos de personalidad y los trastornos depresivos se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios. Pero en este trabajo se ha pretendido abordar el tema en mayor profundidad, no solo mostrando esta asociación, sino también

intentando establecer los posibles efectos de riesgo/protección de los rasgos de personalidad para la ocurrencia de los trastornos depresivos.

Otro de los objetivos ha sido demostrar que los rasgos de personalidad operan en conjunción con otros trastornos en el caso de que éstos varíen con la edad, no siendo igual en ancianos que en adultos más jóvenes. Por tanto sería necesario revisar las teorías que mantienen que la personalidad es un constructo estable que se mantiene prácticamente igual desde que se consolida, normalmente en la adolescencia, hasta que la persona fallece. Este objetivo se cumplió con un estudio en el que se compararon los resultados de los pacientes con trastornos de personalidad de diferentes edades.







**Figura 1.** Hipótesis y objetivos de esta tesis y los estudios que se han realizado para llevarlos a cabo



---

# CAPÍTULO III

## MATERIAL Y MÉTODOS

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Los materiales y métodos que se han utilizado para llevar a cabo los estudios en los que está basada esta tesis se explicarán ampliamente en las secciones correspondientes de los artículos originales adjuntos, por tanto no es necesario extenderse en este capítulo. Aunque si se va a presentar un breve resumen de cómo se han llevado a cabo los estudios.

## III.I. ESTUDIOS BASADOS EN REGISTROS DE CASOS CLÍNICOS

---

### III.I.1. COMORBILIDAD DEPRESIVA EN TRASTORNOS PERSONALIDAD

#### MUESTRA Y DIAGNÓSTICO

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

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

#### DISEÑO

Se trata de un estudio de registro de todos los casos detectados por una red de asistencia clínica especializada que fueron registrados mediante el *Computerized Clinical History* (HCI) del Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental (HCI SJD-SSM). Información más detallada sobre el programa HCI puede ser consultada en otra publicación<sup>(108)</sup>.

## *VARIABLES EVALUADAS*

Se utilizaron tres variables de valoración diferentes: trastorno depresivo mayor, distimia o cualquiera de esos dos trastorno del estado del ánimo según el DSM-IV TR. Todos los diagnósticos del DSM-IV se establecieron mediante una evaluación clínica realizada por psiquiatras especialistas adecuadamente preparados que habían recibido también una formación específica en el uso del programa HCI SJD-SSM. Los diagnósticos de los trastornos de personalidad del DSM-IV se agruparon en los clústers A, B o C para el análisis. Se obtuvieron los datos relativos a los factores sociodemográficos, la función global (medida con la escala G.A.F.) <sup>(11)</sup> y el uso de servicios (visita ambulatoria, en servicio de urgencias o ingreso hospitalario).

## *ANÁLISIS ESTADÍSTICO*

Se exploraron las asociaciones entre las distintas variables con el empleo de métodos univariantes no paramétricos ( $\chi^2$  de Pearson).

### *III.1.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES*

Se consiguió una muestra de 2.082 pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad mediante criterios del DSM-IV, de los cuales 199 (9,55%) eran mayores de 65 años. Se estudió cada grupo de edad por separado, examinando diferencias por sexo, clúster de personalidad predominantes, subtipos de personalidad más frecuentes, comorbilidad con el eje I por grupo de edad y por clústers, así como el grado de funcionalidad medido con el G.A.F. y el consumo de recursos sanitarios. Tras el análisis estadístico de los datos, se encontraron algunas diferencias significativas entre ambos grupos, que se explican en detalle en la sección de resultados (Capítulo IV) de este trabajo.



## III.II. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL

---

### III.II.1. ESTUDIO EUROPEO ESEMeD SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

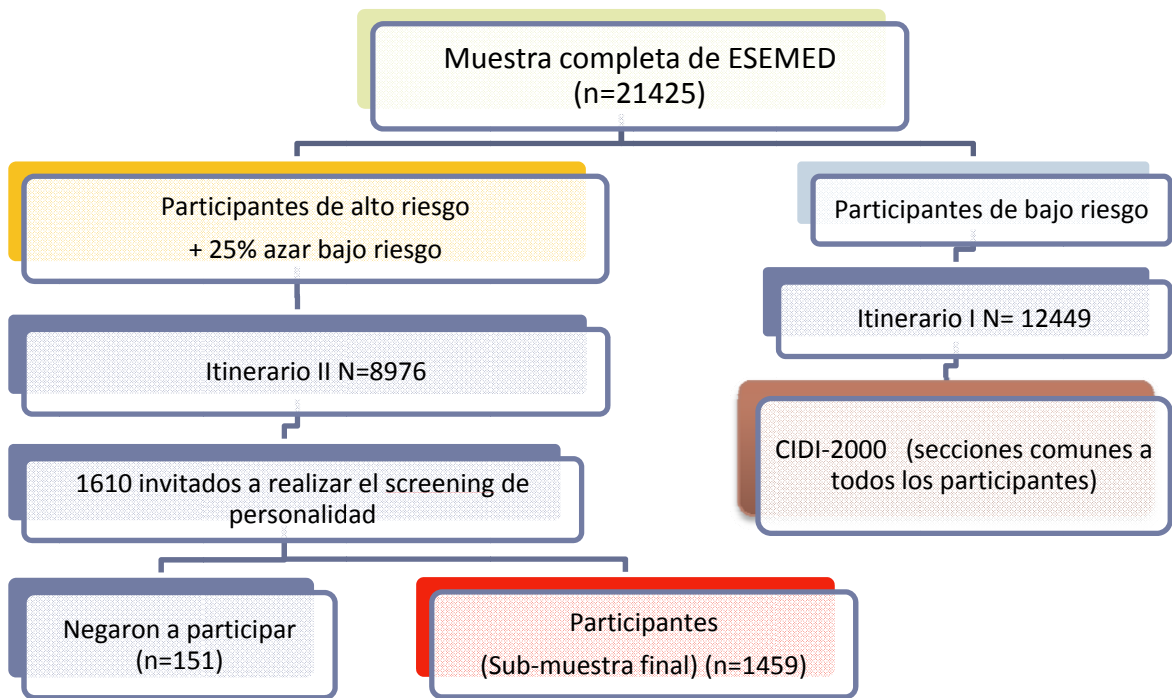
El *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) es un estudio multicéntrico epidemiológico observacional y transversal basado en muestras aleatorias representativas de la población adulta no institucionalizada de varios países europeos (España, Holanda, Bélgica, Italia, Francia y Alemania). Las personas seleccionadas para participar en el estudio fueron entrevistadas en sus hogares, cara a cara, por entrevistadores no clínicos instruidos en la utilización de las pruebas, tras haber dado su consentimiento informado. La submuestra compuesta por todos los participantes principales, es decir, los participantes seleccionados en primer lugar, que estaban casados y sus parejas se conoce como la 'submuestra de casados'. La entrevista, dividida en 38 subsecciones, se administró utilizando técnicas asistidas por ordenador (CAPI). Para poder optimizar el proceso y reducir costes se aplicó un procedimiento de entrevista de dos etapas. La primera parte del cuestionario producía diagnósticos para los trastornos del ánimo y ansiosos más frecuentes, calidad de vida relacionada con la salud, utilización de servicios de salud y datos sociodemográficos (Muestra I). La segunda parte de la entrevista solo fue completada por los participantes que habían contestado positivamente a un número mayor de síntomas que fueron predeterminados y a un 25% aleatorio de participantes del resto de la muestra (Muestra II). Esta segunda parte del cuestionario incluía, entre otras cosas, una entrevista más completa sobre otros trastornos mentales, trastornos físicos y factores de riesgo.

## MUESTREO

En total, 21.425 participantes fueron entrevistados entre Enero de 2001 y Agosto de 2003. La tasa de respuesta global en los 6 países fue del 61.2%, siendo la tasa más elevada la que se observó en España (78.6%) y las más bajas en Alemania (57.8%), Holanda (56.4%), Bélgica (50.6%) y Francia (45.9%). N=8.796 se entrevistaron con la segunda parte de la entrevista.

En esta sección sólo se va a describir lo correspondiente a nuestro estudio. El estudio incluyó muestras representativas de cada uno de los cinco países participantes (Bélgica, Francia, Alemania, Italia y España). A los participantes se les administró la *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* <sup>(109)</sup>,

Las secciones de personalidad las completaron N=1610 participantes que formaban parte de la Muestra II y de la submuestra de casados, que está compuesta de todos los participantes principales casados y de una muestra aleatoria de sus parejas. En la figura 1. se representa el proceso de selección de muestra que ha participado en este estudio.



**Figura 1.** Proceso de muestreo llevado a cabo en el estudio ESEMED/MHEDEA 2000

## EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

El cuestionario CIDI utilizado en el estudio ESEMED es una entrevista estructurada en 38 secciones que incluye una versión revisada de la *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI), junto con información específica sobre la gravedad de los trastornos, síntomas, minusvalía, calidad de vida, uso de servicios de salud, medicación y factores de riesgo. Se ha demostrado que la validez de los diagnósticos de los trastornos del estado del ánimo de esta versión de la CIDI es buena (110).

## EVALUACIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD Y SCREENING DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Se administró un *screening* de los trastornos de personalidad basado en el *International Personality Disorder Examination Screen* (IPDE) de Lorganger<sup>(111)</sup>. La versión que se utilizó en el CIDI 2000 incluye 34 ítems que exploran más de 150 criterios diagnósticos DSM-III y CIE-10 relevantes a los trastornos de personalidad. Se examinaron tres dimensiones: trastornos de personalidad del clúster A, clúster B y clúster C. Los rasgos de personalidad se evaluaron en dos secciones. La primera estaba compuesta por las *Zukerman Personality Scales*<sup>(112)</sup> que incluye 55 ítems que evalúan siete rasgos de personalidad diferentes: búsqueda de sensaciones, neuroticismo/ansiedad, agresión/hostilidad, actividad, sociabilidad y deseabilidad social. La segunda sección estaba compuesta por 20 ítems tomados de la Escala de Locus de Control Interno, Escala de Suerte, Escala de Fatalismo y Escala de Justicia de Levinson.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Tras realizar un análisis preliminar de la distribución de los datos, se calcularon los valores medios de todas las variables independientes y se realizaron análisis descriptivos con el paquete estadístico SAS<sup>(113)</sup>. Las prevalencias de los clústers de personalidad, trastorno de personalidad límite, depresión mayor, distimia y depresión doble se calcularon usando la información proporcionada por la CIDI, donde las estimaciones de las prevalencias de los trastornos mentales se determinaron dependiendo de la sintomatología presente o pasada de los entrevistados, cumpliendo con los criterios diagnósticos DSM-IV para los 12 meses previos o para la prevalencia vida. Un caso era diagnosticado cuando el individuo mostraba cierta proporción de criterios de un trastorno en particular. A cada participante se le pasaba una sección de *screening* que se localizaba al comienzo del cuestionario. Todos los participantes que

respondieron positivamente a una pregunta de *screening* se consideraron candidatos para completar la sección correspondiente del cuestionario<sup>(114)</sup>.

Todos los análisis se realizaron para las prevalencias de 12 meses y vida. Finalmente, se calcularon las odds-ratio usando regresiones logísticas, tanto ajustadas por posibles factores confusores (sexo, edad, país) como no ajustadas, así como las asociaciones univariantes y multivariantes entre los clústers de los trastornos de personalidad o rasgos de personalidad y trastornos depresivos.

### *III.II.2. ESTUDIO ANDALUZ PISMA-ep SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE*

PISMA-ep es un estudio transversal en la población general de la provincia de Granada (España).

El muestreo siguió un procedimiento por conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa (UPE) según un ámbito rural o urbano. La ruralidad de los municipios se determinó en base al índice de ruralidad de municipios andaluces<sup>(115)</sup>. Se consideró la mediana del índice de ruralidad del conjunto de municipios andaluces para discriminar entre el ámbito urbano y el rural.

En una primera etapa se seleccionaron los municipios de cada ámbito rural/urbano con una probabilidad proporcional a su tamaño poblacional dentro del estrato, y con afijación proporcional al tamaño poblacional de los estratos. El número total de municipios seleccionados representó aproximadamente el 15% del total de los municipios de la provincia. En la segunda etapa se extrajeron de los municipios seleccionados los individuos que integraron la muestra mediante un muestreo aleatorio simple.

#### **MUESTRA**

Las entrevistas se llevaron a cabo entre octubre de 2010 y septiembre de 2011 y 809 participantes no institucionalizados que vivían en la provincia de Granada aceptaron participar en el estudio. El tamaño muestral necesario para estimar una prevalencia de trastorno mental del 2% con una precisión de  $\pm 0.8\%$  a un nivel de confianza del 95%, fue de 1.176 individuos.

La muestra se seleccionó aleatoriamente de la base de datos de usuarios del servicio andaluz de salud, que se estima que incluye al 98% de la población. La muestra se dividió en dos categorías diferentes, dependiendo de dónde vivían los participantes,

ya fuera en zonas rurales o urbanas. Las entrevistas las llevaron a cabo psicólogos bien entrenados y se realizaron en el centro de salud correspondiente al participante o en los hogares de los mismos.

Se incluyeron los participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años. Debido a que la muestra se seleccionó únicamente siguiendo este criterio, a los entrevistadores se les proporcionaron 10 motivos de exclusión de la muestra. Los motivos de exclusión fueron estar fuera de la edad seleccionada, haber vivido en la provincia de Granada menos de un año, no poder comunicarse en español, estar demasiado enfermo para poder realizar la entrevista, tener un diagnóstico de demencia o retraso mental, haber fallecido, vivir en una institución (hospital, prisión, etc), haber cambiado de lugar de residencia o no vivir normalmente en la dirección que aparece en la base de datos de usuarios, datos erróneos en la base de datos de usuarios, por ejemplo una dirección errónea, y finalmente no poder contactar con el participante después de repetidos intentos. Cuando se daba cualquiera de estas circunstancias los entrevistadores podían reemplazar al participante por alguien que fuera equivalente en sexo, edad y localización.

## *EVALUACIÓN PSIQUÁTRICA*

### *Evaluación de los trastornos y rasgos de personalidad*

Se le pidió a los participantes que completaran la Escala SAPAS (*Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale*)<sup>(116)</sup> El cuestionario SAPAS es una mini entrevista de los trastornos de personalidad compuesta de ocho preguntas dicotómicas. Consiste en preguntas de si o no y es una adaptación de una entrevista más larga, la *Standardized Assessment of Personality (SAP)*<sup>(117)</sup> que ha sido validada en una muestra de pacientes psiquiátricos, donde mostró tener buenas propiedades psicométricas, ya que identifica casos de trastorno de personalidad en el 90% de los casos, con una sensibilidad del 0.94 y una especificidad de 0.85<sup>(116)</sup>. La entrevista

SAPAS ha sido validada en diferentes muestras de pacientes con trastornos de abuso de sustancias y depresión, en los cuales se han confirmado los hallazgos de validez del primer estudio<sup>(116)</sup>. En estudios previos se ha mostrado que las personas que responden positivamente a 3 o más preguntas tienen una probabilidad del 90% de padecer un trastorno de personalidad<sup>(116)</sup>. En este estudio se elevó el criterio de 3 a 4 preguntas respondidas de modo positivo, y se consideró en este caso que estos participantes tenían un trastorno de personalidad. La versión española se ha creado usando el método de retro-traducciones, que es un método bien conocido para validar cuestionarios en diferentes idiomas y culturas<sup>(118)</sup>. La retro-traducción consiste en tomar la versión original de la escala y traducirla al español por un traductor y posteriormente tomar esta versión y volver a traducirla al inglés por un segundo traductor, para así poder comparar ambas versiones inglesas y poder detectar posibles imperfecciones en la versión española. Después de completar este proceso se obtuvo una versión que fue aceptada por el autor original de la SAPAS. (Ver Anexo 3)

Además se evaluaron dos rasgos de personalidad (impulsividad-búsqueda de sensaciones y neuroticismo-ansiedad) tomados del cuestionario de personalidad *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ)<sup>(112)</sup>. Desde que apareciera la primera versión del ZKPQ en 1993, se ha sometido a amplias pruebas psicométricas y ha demostrado tener una buena validez interna, estabilidad temporal y fiabilidad, así como una buena capacidad para replicar hallazgos en diferentes culturas, tal como ha sido demostrado con sus numerosas traducciones<sup>(119-122)</sup>.

### *Diagnósticos psiquiátricos de los trastornos del ánimo*

La sección de la entrevista psiquiátrica estaba compuesta por la MINI (*International Neuropsychiatric Interview*) que genera diagnósticos para 16 trastornos mentales del Eje I del DSM-IV y la CIE-10<sup>(123)</sup>, además de dos diagnósticos adicionales de depresión mayor con melancolía y trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos, un diagnóstico del Eje II (trastorno antisocial de la personalidad) y un módulo de suicidio. Esta entrevista consiste en una o dos preguntas de cribado que se



les hacen a todos los participantes al comienzo de cada sección. Los participantes que contestan afirmativamente a estas preguntas después deben de completar la sección entera para así poder realizar el diagnóstico. La prevalencia de los trastornos del ánimo se calculó utilizando la información de la MINI, donde los diagnósticos se realizan en base a las respuestas obtenidas a las preguntas sobre los síntomas. Dependiendo del tipo de trastorno del ánimo la MINI puede dar diagnósticos para trastornos actuales, pasados o ambos.

La MINI se ha aplicado en diferentes culturas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas en cada idioma<sup>(124-127)</sup>. Durante su validación ha mostrado tener buenas o muy buenas puntuaciones kappa cuando se ha comparado con la entrevista SCID-P o la CIDI, con la mayoría de los valores superando 0.70. También ha mostrado una alta validez entre-jueces y una buena sensibilidad ya que no genera demasiados falsos positivos en la población sana<sup>(123)</sup>.

### *Evaluación neuropsicológica*

Los datos neuropsicológicos se recogieron con la entrevista SCIP que aporta puntuaciones sobre el aprendizaje inmediato y el demorado, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento. La versión española ha demostrado tener buena fiabilidad test-retest (0.74-0.90) y validez interna con puntuaciones en alfa de Cronbach de 0.73<sup>(128)</sup>.

### *EVALUACIÓN DE CORRELACIONES*

Los datos sociodemográficos se recogieron utilizando las indicaciones descritas en estudios previos<sup>(129,130)</sup>. La información sobre la historia psiquiátrica familiar se recogió utilizando una versión modificada de la entrevista FIGS<sup>(131)</sup>, con la cual se obtuvo información relativa a los padres y hermanos de los participantes. También se

evaluaron las experiencias de abuso en la infancia<sup>(132)</sup>, en las cuales los participantes respondían a preguntas sobre el abuso sexual, físico y psicológico. La información sobre eventos vitales estresantes se recogió utilizando un cuestionario de 12 ítems bien validado con el cual se puede determinar si una persona ha estado expuesta a un evento altamente amenazante en el último año<sup>(133)</sup>. Se evaluó el estado general de salud de los participantes utilizando el cuestionario SF12 que aporta información sobre el estado de salud tanto físico como emocional durante las últimas cuatro semanas<sup>(134)</sup>. La funcionalidad global se evaluó utilizando la escala *Global Assessment of Functioning* (G.A.F.) que aporta puntuaciones sobre el estado actual de funcionamiento del participante<sup>(135)</sup>.

#### *ANÁLISIS ESTADÍSTICOS*

Los análisis explorativos de las distribuciones, los análisis descriptivos, incluyendo las frecuencias y las medias de todas las variables independientes se realizaron utilizando SPSS. Realizamos pruebas de Chi-cuadrado para explorar las asociaciones univariantes les entre la variable dependiente (TPAP) y las demás variables independientes. Las variables que resultaron significativas en los análisis univariantes fueron exploradas más a fondo ajustando las asociaciones con el TPAP por posibles factores confusores tales como edad y sexo. Estos análisis multivariantes se realizaron utilizando modelos de regresión logística binaria que también permitieron calcular las odds ratios de tener un TPAP entre pacientes expuestos versus los no expuestos a las variables independientes.



---

# CAPÍTULO IV

## RESULTADOS

## RESULTADOS

---

Los resultados que se presentan a continuación están basados en los trabajos empíricos que ha desarrollado la doctoranda junto con su grupo de investigación y que han sido aceptados y publicados en revistas de investigación del área de Psiquiatría o están en vías de publicación en estas revistas. Cada apartado de los resultados corresponde a uno de los manuscritos.

## IV.I. ESTUDIOS BASADOS EN REGISTROS DE CASOS CLÍNICOS

---

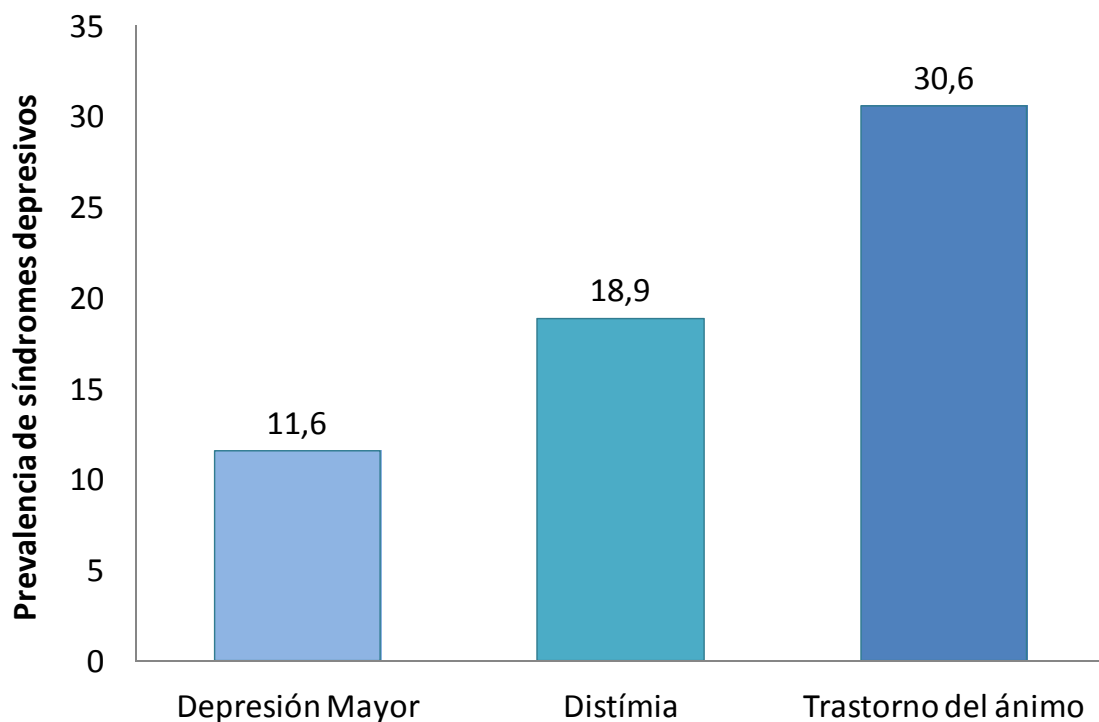
### IV.I.1. COMORBILIDAD DEPRESIVA EN LOS TRASTORNOS PERSONALIDAD

#### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra inicial la formaron 1.657 pacientes con trastorno de personalidad, de los que 893 eran mujeres y 764 varones. Las edades oscilaban entre los 18 y 91 años, con una media  $\pm$  desviación estándar de 43,70  $\pm$  15,46 años. El número medio de visitas a cada uno de los centros fue de 23, 36, 1, 37 y 5,31 para las clínicas ambulatorias, los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios, respectivamente. Por lo que respecta a las puntuaciones medias de la *Global Functioning Scale* (G.A.F), se obtuvo un valor de 28,44 para los pacientes con un trastorno de personalidad del clúster A, 46,16 para el clúster B y 51,25 para el clúster C. A 515 pacientes (31%) se les había diagnosticado un trastorno de personalidad no especificado, y por lo tanto se les excluyó del análisis, ya que constituían un grupo no definido que no podía atribuirse a ninguno de los tres clústers. Al comparar a los pacientes excluidos con los que se incluyeron en los análisis, se observaron diferencias estadísticamente significativas. En el grupo de pacientes excluidos había un mayor número de varones, la edad era ligeramente inferior y existía una necesidad menos frecuente de asistencia a la clínica ambulatoria.

La muestra utilizada para el resto del análisis la formaron 1.142 pacientes con un trastorno de personalidad especificado. De ellos, un 43,9% (n = 501) eran varones y un 56,1% (n = 641), mujeres, con una media de edad de 45,72  $\pm$  15,89 269 (23,55%) individuos se les diagnosticó un trastorno de personalidad de clúster A según el DSM-IV, a 590 (51,66%) un trastorno de personalidad de clúster B, y a 279 (24,43%) un trastorno de personalidad de clúster C. Del conjunto de pacientes incluidos en el clúster A, a un 48% (n = 129) se les diagnosticó un trastorno de personalidad

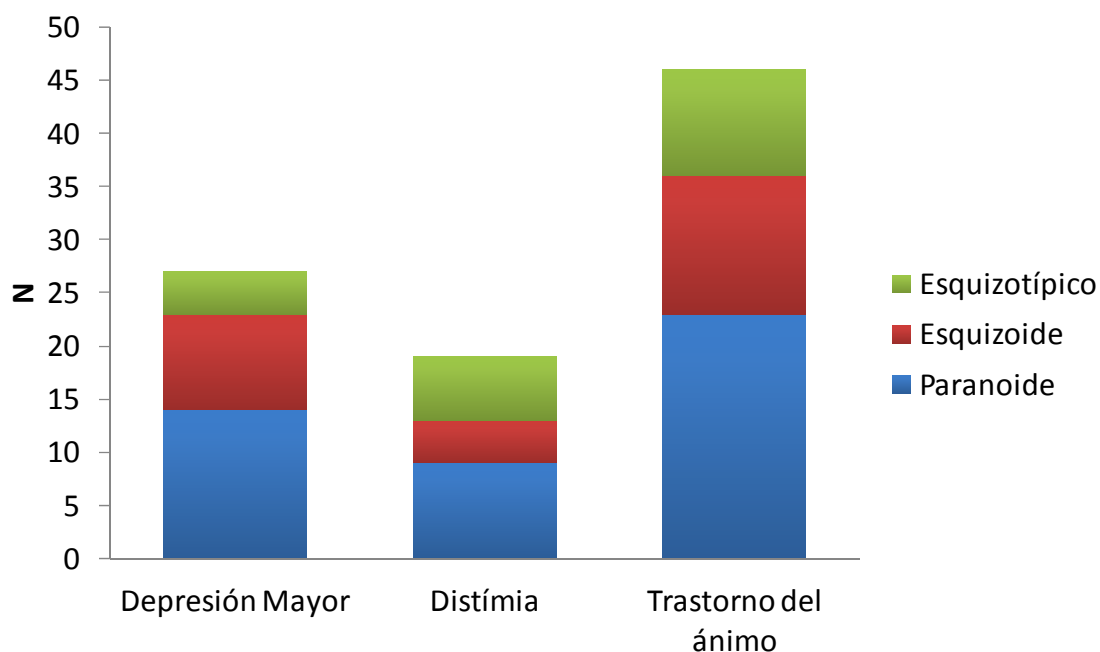
paranoide; a un 36,1% (n = 97), un trastorno de personalidad esquizoide, y a un 16% (n = 43), un trastorno de personalidad esquizotípico. Por lo que respecta a los pacientes con un trastorno de personalidad de clúster B, un 49,4% (n = 292) tenía un trastorno de personalidad histriónico; un 33% (n = 193) un trastorno de personalidad límite; un 10% (n = 59) cumplía los criterios para un trastorno de personalidad antisocial, y un 8% (n = 46) de un trastorno de personalidad narcisista. Y por último, de los pacientes con trastorno de personalidad del clúster C, 135 (48,23%) tenían un diagnóstico de trastorno de personalidad dependiente; 107 (38,65%) un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, y 37 (13,12%) un trastorno de personalidad de evitación. En la figura 1 se presentan los datos relativos a la distribución de los diferentes trastornos del estado del ánimo.



**Figura 1.** Proporción de individuos con un trastorno de personalidad específico que además cumplían criterios para cualquiera de los trastornos del ánimo analizados

## TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL CLÚSTER A

De los 1.142 pacientes incluidos en el análisis final, 269 tenían un trastorno de personalidad del clúster A; un 10% de ellos presentaban también un diagnóstico de trastorno depresivo mayor de eje I; un 7,1% distimia, y un 17,1% algún trastorno del estado del ánimo (o bien TDM o bien distimia). De los 27 pacientes (10%) que presentaban un trastorno de personalidad del clúster A y un trastorno depresivo mayor, 14 tenían un trastorno de personalidad paranoide de eje II, 9 un trastorno de personalidad esquizoide y 4 un trastorno de personalidad esquizotípico. Por lo que respecta a los 19 pacientes con distimia, 9 cumplían los criterios del DSM-IV-TR para un trastorno de personalidad paranoide, 4 para un trastorno de personalidad esquizoide y 6 para un trastorno de personalidad esquizotípico. Y finalmente, de los 46 (17,1%) pacientes de este grupo de trastorno de personalidad con un diagnóstico de trastorno del estado del ánimo del eje I, en 23 se observó un trastorno de personalidad paranoide, en 13 un diagnóstico de trastorno de personalidad esquizoide y en 10 un trastorno de personalidad esquizotípico (fig. 2.).



**Figura 2.** Número de pacientes con un trastorno del clúster A que cumplen criterios para cualquiera de los trastornos del ánimo analizados, divididos por trastorno de personalidad

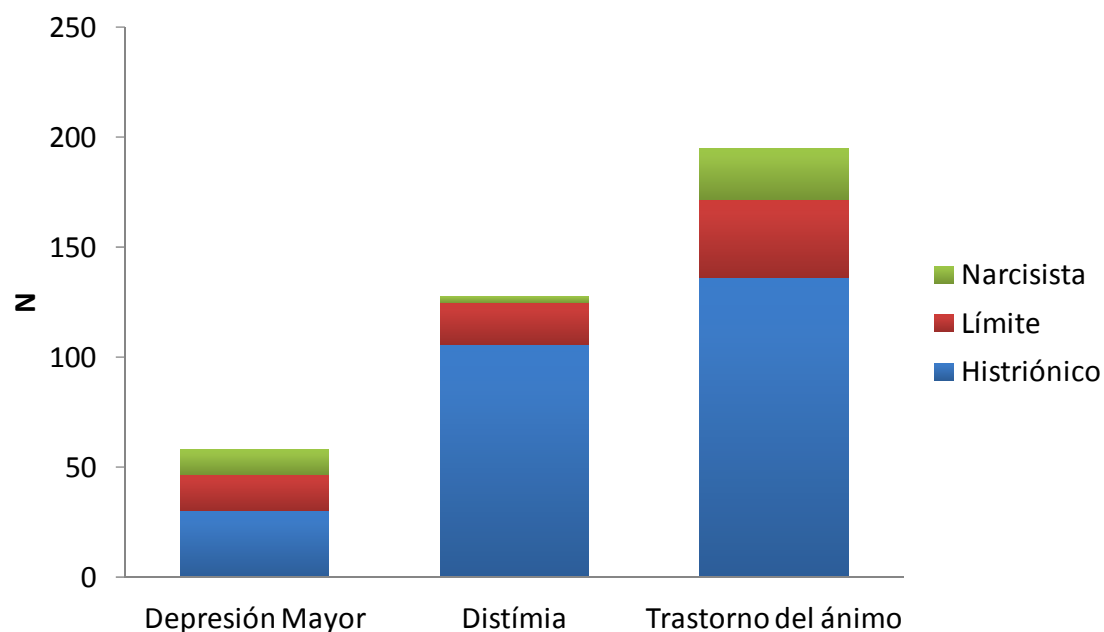


## *TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL CLÚSTER B*

En el análisis de los 590 pacientes de la muestra seleccionada que presentaban alguno de los 4 trastornos de personalidad del clúster B, se observó que un 9,83% (n = 58) tenía también un trastorno depresivo mayor de eje I del DSM-IV-TR, un 23,72% (n = 140) presentaba además distimia y un 33,55% algún trastorno del estado del ánimo (o bien TDM o bien distimia).

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

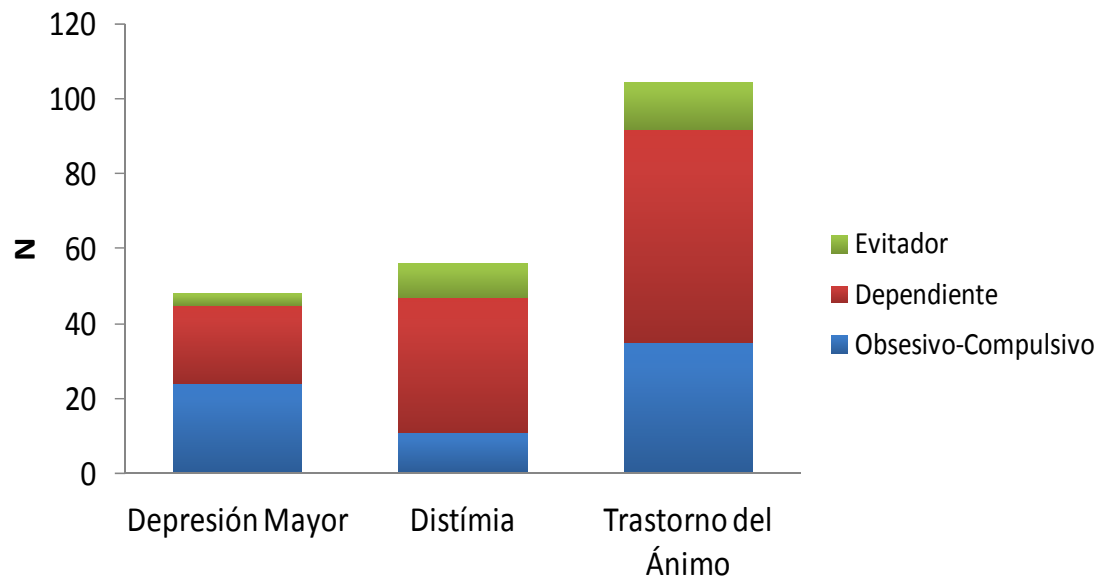
En el 33,5% de los pacientes incluidos en este grupo con algún trastorno del estado del ánimo, se encontró que 3 tenían un trastorno de personalidad antisocial; 36 un trastorno de personalidad limítrofe; 136 un trastorno de personalidad histriónico, y 23 un trastorno de personalidad narcisista (fig. 3).



**Figura 3.** Número de pacientes del clúster B que cumplen criterio para alguno de los trastornos del ánimo analizados, dividido por trastorno de personalidad.

#### *TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL CLÚSTER C*

Al estudiar la prevalencia del trastorno depresivo mayor, la distimia o ambos trastorno del estado del ánimo en el clúster C, se observó que del 17,02% (n = 48) de los pacientes que presentaban un TDM, el 50% (n = 24) tenía un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, el 43,75% (n = 21) un trastorno de personalidad dependiente, y el 6,25% (n = 3) un trastorno de personalidad de evitación. Del 20,2% (n = 56) de los pacientes que presentaban distimia, el 64,28% (n = 36) tenía un trastorno de personalidad dependiente, el 19,64% (n = 11) un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, y el 16,07% (n = 9) un trastorno de personalidad de evitación. Por lo que respecta al 36,87% (n = 104) de los pacientes con cualquiera de los trastorno del estado del ánimo citados, se observó que 35 cumplían los criterios de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, 57 los de un trastorno de personalidad dependiente, y tan sólo 12 los de un TP de evitación (fig. 4).



**Figura 4.** Número de pacientes con trastornos del clúster C afectados de alguno de los trastornos del ánimo analizados, divididos por tipo de TP

#### *RESULTADOS GLOBALES Y COMPARACIONES ENTRE LOS CLÚSTERS*

Al comparar a los pacientes con cualquiera de los trastorno del estado del ánimo A (trastorno depresivo mayor, distimia o ambos) mediante el empleo de tablas de contingencia, se observó que tanto el trastorno depresivo mayor como cualquier trastorno del estado del ánimo (o bien trastorno depresivo mayor o bien distimia) tenían una prevalencia superior en el clúster C, mientras que la distimia era más prevalente en el clúster B. Estas diferencias observadas en la prevalencia resultaron ser estadísticamente significativas al analizarlas con la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson, con un valor de  $p < 0,005$  en todos los casos (tabla 1.).

CLUSTER	AUSENCIA DE DM	PRESENCIA DE DM
clúster A	90%	10%
clúster B	90,2%	9,8%
clúster C	83%	17%
Pearson chi-square	Asymp. Sig (2-sided)	p=0,005
CLUSTER	AUSENCIA DE DISTIMIA	PRESENCIA DE DISTIMIA
clúster A	92,9%	7,1%
clúster B	76,3%	23,7%
clúster C	79,8%	20,2%
Pearson chi-square	Asymp. Sig (2-sided)	P=0,0001
CLUSTER	AUSENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS	PRESENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS
clúster A	82,9%	17,1%
clúster B	66,5%	33,5%
clúster C	62,8%	37,2%
Pearson chi-square	Asymp. Sig (2-sided)	P=0,0001

**Tabla1.** Tabla de contingencia que muestra que tanto la depresión mayor como cualquier otro trastorno afectivo son los más relevantes en los trastornos del clúster C, mientras que la distimia es el más prevalente en el clúster B.

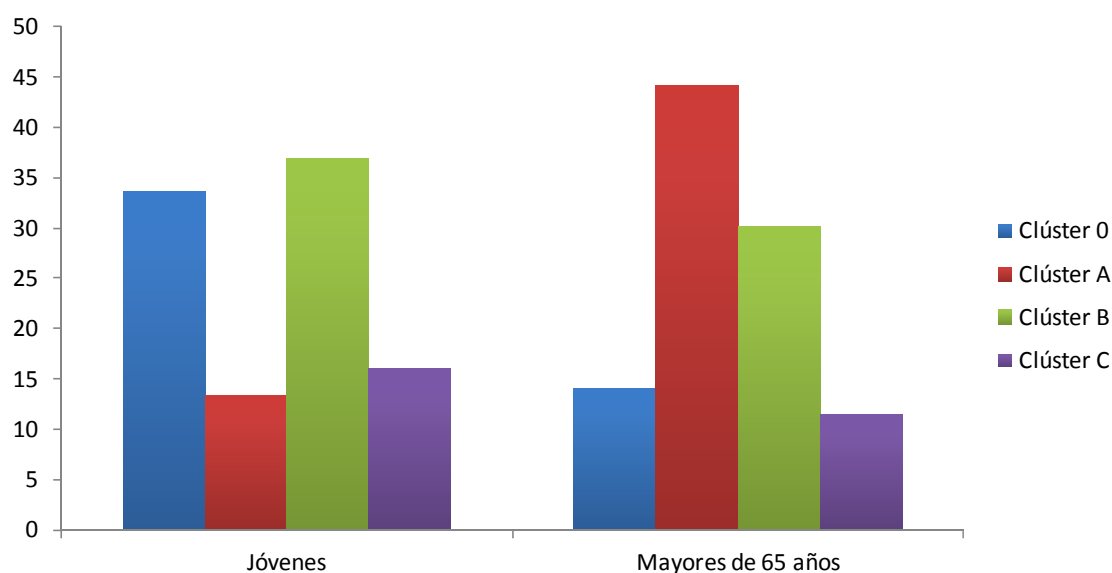
#### *CLÚSTERS DE PERSONALIDAD Y FUNCIONALIDAD*

Los pacientes del clúster B presentaban una media de visitas más alta, puesto que a lo largo del período de 3 años en los servicios de urgencia ésta fue de 3,16 veces y la de visitas ambulatorias de 30,72 veces.

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

#### IV.1.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES

En el grupo menor de 65 años (n=1.883) se encontró que un 33,67% estaban diagnosticados con trastorno de personalidad no especificado (clúster 0), un 37% presentaban un trastorno de personalidad incluido en el clúster B, un 16% estaban incluidos en el clúster C y sólo el 13,27% pertenecían al clúster A. En el grupo mayor de 65 años (n=199), un 44,22% pertenecían al clúster A, un 30,15% al clúster B, un 11,55% al clúster C y un 14% estaban diagnosticados con un trastorno de personalidad no especificado. En la figura 5. se observa cómo se distribuyen los trastornos de personalidad en ambos grupos de edad.



	Valor	gl	Asymp.sig (bilateral)
Pearson Chi-Cuadrado	132.548	8	.000
Probabilidad	107.720	8	.000
Nº de casos válidos	2082		

**Figura 5.** Comparación por clústers de trastornos de personalidad entre ambos grupos de edad.

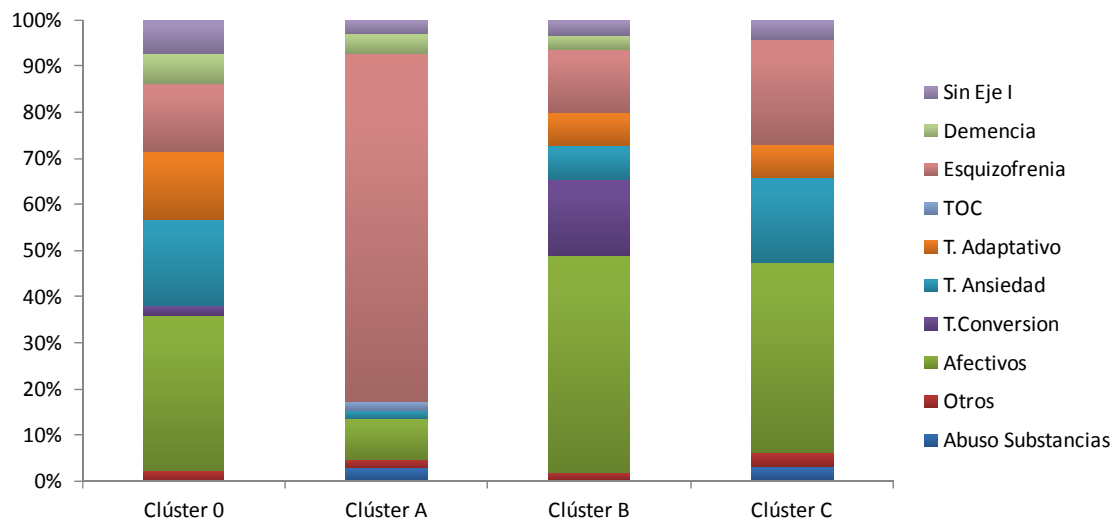
En cuanto a las diferencias por sexo, se observó un predominio de mujeres (55,3%) en el grupo de menor edad, mientras que en el grupo de mayores de 65 años predominaban los varones (58,8%).

En el grupo de jóvenes un 33% tenía el trastorno de personalidad como diagnóstico psiquiátrico principal, ocurriendo esto sólo en un 17,6% en el grupo de mayor edad. En el grupo de menores de 65 años, en cuanto a la comorbilidad con el eje I, se encontró que los diagnósticos más frecuentes en este eje fueron los trastornos afectivos (31,1%), trastornos de ansiedad (15%), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (11,9%) y el trastorno adaptativo (11,6%). En cambio en el grupo de mayor edad, los diagnósticos más frecuentes fueron la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (43,2), los trastornos afectivos (26,6%) y los trastornos de ansiedad (7,5%). En el grupo de mayores de 65 años se estudió también la comorbilidad con el eje I en función de cada clúster de personalidad, obteniéndose los siguientes resultados (Fig. IV.6.):

1. En el conjunto de pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad no especificado predominaban los trastornos afectivos (32,1%), los trastornos de ansiedad (17,8%), los trastornos adaptativos (14,2%) y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (14,2%).

2. Entre los pacientes incluidos en el clúster A predominaba de forma sorprendente la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (78,4%), seguidos por los trastornos afectivos (9,1%) y las demencias y otros trastornos mentales orgánicos (4,5%).

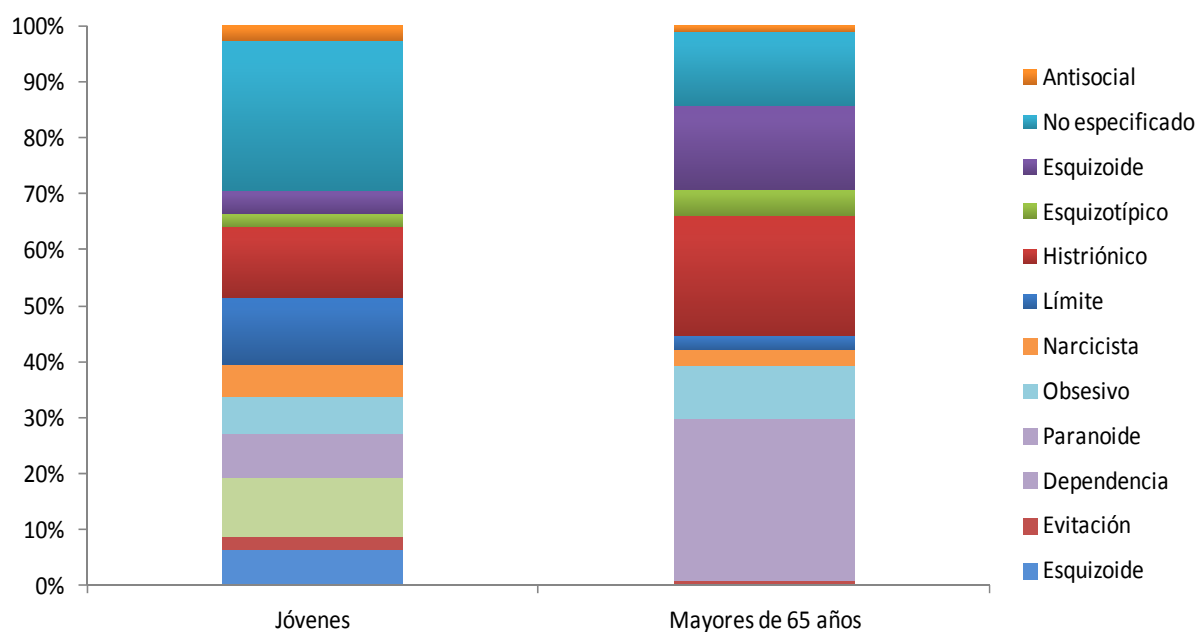
3. El clúster B se asociaba con mayor frecuencia a los trastornos afectivos (45%), trastornos conversivos, somatomorfos y facticios (16,6%) y a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (13,3%). El clúster C también se asociaba con gran frecuencia a los trastornos afectivos (39%), seguido por la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (21,7%) y los trastornos de ansiedad (17,4%).



	Valor	gl	Asymp.sig (Bilateral)
Pearson Chi-Cuadrado	115.218	27	.000
Probabilidad	126.746	27	.000
Asociación Lineal	14.186	1	.000

**Figura 6.** Comorbilidad con el eje I por *clústers* en mayores de 65 años.

En cuanto a los trastornos específicos de personalidad en función de la edad, se observó que en el grupo de menores de 65 años los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno de personalidad no especificado (33,67%), seguido por el trastorno de personalidad histriónico (15,5%) y el trastorno de personalidad límite (15,24%). En cambio, en el grupo de mayores de 65 años lo más frecuente fue el trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad histriónico (22,6% ambos), seguido del trastorno de personalidad esquizoide (16%).(fig. 7)



	Valor	gl	Asymp.sig (Bilateral)
Pearson Chi-Cuadrado	172.261	12	.000
Probabilidad	156.710	12	.000
Nº. de casos válidos	2082		

**Figura 7.** Trastornos de personalidad predominantes según la edad.

En la tabla 2 se observa que el grado de funcionalidad es menor en el grupo de mayor edad. También se observa que los individuos de este grupo acuden con menor frecuencia a sus visitas ambulatorias pero tienen más ingresos hospitalarios.

**Tabla 2.** Funcionalidad y uso re recursos sanitarios

		Media	p
N.º de visitas al centro de salud	< 65 años	23,81	33,84
	> 65 años	14,46	0,000
N.º de visitas a urgencias	< 65 años	1,85	0,000
	> 65 años	1,20	0,305
N.º de visitas al hospital	< 65 años	4,71	0,850
	> 65 años	10,24	0,000
Puntuación G.A.F	< 65 años	47,76	0,000
	> 65 años	29,08	0,000



## IV.II. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL

---

### *IV.II.1. ESTUDIO EUROPEO ESEMeD SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD*

Los trastornos depresivos son algunos de los trastornos más frecuentemente diagnosticados. La OMS considera que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de minusvalía en el mundo debida a enfermedad (136). Los trastornos comorbidos en los individuos con trastornos del estado del ánimo pueden tener un impacto negativo en el curso, tratamiento y pronóstico de estos últimos. Los trastornos de personalidad comorbidos en personas con trastornos del ánimo pueden tener un impacto negativo que se refleja en una peor respuesta al tratamiento, más hospitalizaciones, más intentos de suicidio y más síntomas depresivos (51,89). Aún así, la mayoría de los estudios epidemiológicos previos han sido principalmente descriptivos y no han identificado factores de personalidad que potencialmente puedan aumentar el riesgo o proporcionar protección a los pacientes con trastornos depresivos.

Este trabajo es parte de un estudio mayor conocido como el proyecto ESEMeD/MHEDEA 2000, que ha sido diseñado para examinar la prevalencia, impacto y patrones de tratamiento de los trastornos mentales en países europeos (137). En este estudio, se examinó la comorbilidad entre los trastornos depresivos y los trastornos de personalidad, así como con rasgos de personalidad en una muestra europea representativa de la población general. También se exploró la influencia de algunas variables sociodemográficas sobre dicha comorbilidad.

### *Muestra y variables sociodemográficas*

Se incluyeron 1610 participantes en el análisis, de los cuales el 52.25% eran mujeres y el 47.75% hombres. El grupo de edad más frecuente fue el de personas con edades comprendidas entre 35 y 49 años, que incluía 560 participantes en esta categoría, a estos los seguían los que se encontraban entre 50 y 64 años, con 466 participantes. Casi el 40% de la muestra vivía en zonas urbanas de tamaño intermedio (10.000-100.000 habitantes). En cuanto a los años de escolarización, el 50.98% de la muestra había recibido entre 0 y 11 años de educación, seguido por un 21.55% de la muestra que había estado escolarizada al menos 12 años. Los estatus laborales más frecuentes eran empleados o jubilados, con un 55.36% y un 25.01% respectivamente, y el menos frecuente fueron los estudiantes, puesto que solo había un 0.25%. La distribución de participación por países muestra que los países donde hubo una mayor participación fueron Italia y España, con un 25% cada uno, seguido por Bélgica (22%), Francia (14%) y Alemania (12%). Los resultados sociodemográficos se pueden consultar en la tabla 3.

<b>Tabla 3. Resultados Sociodemográficos</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	18-24	50	4.15
	25-34	232	13
	35-49	560	35.05
	50-64	466	27.06
	>64	302	20.74
<b>Sexo</b>	Hombre	705	47.75
	Mujer	905	52.25
<b>Años de Educación</b>	0-11	758	50.98
	12	312	21.55
	13-15	288	15.59
	+16	252	11.88
<b>Zona Geográfica</b>	Rural (<10 000)	492	34.28
	Intermedio urbano (10 000-100.000)	734	38.84
	Urbano grande (>100 000)	384	26.88
<b>Estatus Laboral</b>	Empleado	870	55.36
	Estudiante	8	0.25
	Ama de casa	255	14.15
	Jubilado	365	25.01
	Otro	112	5.23
<b>País</b>	Bélgica	366	7.97
	Francia	229	18.87
	Alemania	202	29.74
	Italia	404	26.56
	España	409	16.86

#### RASGOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Las puntuaciones de los participantes sin trastornos depresivos fueron en general más bajas en todas las escalas, excepto en las de sociabilidad, justicia y fatalismo. Esto se mantuvo tanto para la prevalencia vida como durante los últimos 12 meses, aunque en este último caso las puntuaciones fueron más variables. Las puntuaciones en la autoestima estaban invertidas, y aparecían más bajas en los individuos no-deprimidos, por tanto tenían una autoestima más elevada. (Tabla 4)

En cuanto a los resultados para la prevalencia vida, de los 1.610 participantes el 12.02% cumplía criterios para depresión mayor. Las odds ratio no ajustadas mostraban que el trastorno de personalidad límite estaba asociado con la presencia de depresión mayor, aumentando el riesgo 1.3 veces (OR=1.30; 95% CI 1.03 to 1.63), así como el del neuroticismo (OR=9.36; 95% CI= 4.83 - 18.11). La deseabilidad social apareció como un posible factor protector (OR=0.28; 95% CI=0.11 - 0.77), al igual que la auto estima (OR=5.17; 95% CI 1.02 - 26.04). Cuando se ajustaron los análisis por las variables sociodemográficas encontramos que los rasgos de personalidad, así como el trastorno límite de personalidad, que habían resultado significativos en el análisis no ajustado, se mantenían significativos. Dos nuevos rasgos, la impulsividad (OR= 1.9; 95% CI= 1.04-3.45) y la sociabilidad (OR=0.28; 95% CI=0.15-0.53) fueron estadísticamente significativos, siendo uno de ellos un posible factor de riesgo y el otro un factor protector. Se encontró que los tres clústers de personalidad se mantenían significativos, clúster A (OR=5.71; 95% CI=2.63-12.40), clúster B (OR= 16.55; 95% CI=3.66-7.86) y clúster C (OR=3.88; 95% CI=1.98-7.58).

	SIN TD		DM		Dis		DD	
	Vida	12 meses	Vida	12 meses	Vida	12 meses	Vida	12 meses
<b>Límite</b>	0,87	0,89	1,31	1,87	1,31	1,69	1,43	2,45
clúster A	0,16	0,17	0,24	0,27	0,28	0,26	0,31	0,34
clúster B	0,17	0,17	0,21	0,26	0,20	0,25	0,22	0,33
clúster C	0,13	0,13	0,20	0,26	0,21	0,29	0,23	0,41
<b>Búsqueda de Sensaciones</b>	0,26	0,26	0,28	0,33	0,26	0,26	0,27	0,34
<b>Impulsividad</b>	0,20	0,20	0,25	0,27	0,28	0,25	0,31	0,38
<b>Neuroticismo</b>	0,24	0,26	0,48	0,58	0,47	0,50	0,50	0,60
<b>Agresión</b>	0,42	0,42	0,43	0,49	0,44	0,40	0,44	0,38
<b>Actividad</b>	0,58	0,57	0,55	0,53	0,58	0,64	0,55	0,53
<b>Sociabilidad</b>	0,56	0,55	0,47	0,45	0,46	0,50	0,41	0,40
<b>Deseabilidad Social</b>	0,31	0,30	0,26	0,27	0,29	0,28	0,30	0,31
<b>Locus de Control Interno</b>	0,17	0,17	0,19	0,19	0,18	0,13	0,19	0,17
<b>Suerte</b>	0,20	0,19	0,17	0,18	0,17	0,19	0,17	0,21
<b>Poder</b>	0,12	0,12	0,13	0,16	0,12	0,15	0,14	0,24
<b>Auto-estima</b>	0,10	0,11	0,18	0,22	0,17	0,21	0,19	0,27
<b>Fatalismo</b>	0,17	0,16	0,14	0,14	0,13	0,14	0,13	0,08
<b>Justicia</b>	0,20	0,20	0,18	0,18	0,16	0,18	0,17	0,17

**Tabla 4.** Puntuaciones medias para rasgos de personalidad y clústers de personalidad para las prevalencias a 12 meses y vida

En la tabla 4 se encuentran las puntuaciones medias para los rasgos y clústers de personalidad para ambas prevalencias.

El total de participantes que mostraron una prevalencia vida para la distimia fue del 4.07%. Cuando se estimaron las odds ratio crudas encontramos que los rasgos de personalidad que aumentaban el riesgo de padecer distimia fueron impulsividad (OR=2.98; 95% CI=1.34 - 6.61) y el neuroticismo (OR=4.29; 95% CI=1.89 - 9.78), así como los trastornos de personalidad del clúster A (OR=3.64; 95% CI 1.10 - 12.6). Tras ajustar los análisis por las variables demográficas los rasgos y el clúster A que habían aparecido como significativos en el análisis no ajustado se mantenían significativos,

pero también aparecieron nuevos rasgos y clústers. Los rasgos que aparecieron como significativos tras el ajuste fueron la autoestima (OR=26.25; 95% CI=3.26-213.46), el fatalismo (OR=0.06; 95% CI=0.007-0.44), y la justicia (OR=0.18; 95% CI=0.05-0.65); así como el clúster B (OR=15.24; 95% CI=1.83-126.89), el clúster C (OR=3.72; 95% CI=1.24-11.16), y el trastorno de personalidad límite (OR=1.31; 95% CI=1.12-1.54).

La depresión doble estaba presente en el 2.68% de los participantes para la prevalencia vida. Cuando se calcularon las odds ratio crudas, los rasgos de personalidad que aparecieron como factores de riesgo significativos fueron la impulsividad (OR= 3.83; 95% CI=1.58 - 9.27), el neuroticismo (OR= 4.40; 95% CI=1.22 - 15.87), el poder (OR=11.11; 95% CI=1.49 - 83.04), y el fatalismo (OR=0.02; 95% CI=<0,001 - 0.65), así como tener un trastorno de personalidad del clúster A (OR= 4.94; 95% CI=1.26 - 19.35). Cuando se ajustó por las variables sociodemográficas todos los resultados previos se mantenían significativos, pero también aparecieron nuevos rasgos y clústers. La sociabilidad (OR=0.15; 95% CI=0.05-0.42) y la autoestima (OR=91.82; 95% CI=13.13-641.96) ahora aparecían como significativos, así como el clúster B (OR=27.60; 95% CI=2.73-278.85), el clúster C (OR=5.31; 95% CI=1.64-17.24), y el trastorno límite de personalidad (OR=1.37; 95% CI=1.15-1.64).

En cuanto a los resultados para los 12 meses, el 3.80% de los participantes cumplían criterios para depresión mayor. Las odds ratio no ajustadas mostraban que el neuroticismo (OR= 13.83; 95% CI= 4.94 - 38.66), el poder (OR= 9.69; 95% CI= 1.09 - 85.63) y la autoestima eran significativos (OR= 29.60; 95% CI= 2.98 - 294.39), mientras que ninguno de los clústers ni el trastorno límite de personalidad lo fueron. Tras ajustar por las variables sociodemográficas los resultados seguían siendo significativos para el neuroticismo, el poder y la autoestima, y dos nuevos rasgos también aparecieron significativos: la agresión (OR=2.71; 95% CI=1.13-6.45) y la sociabilidad (OR=0.20; 95% CI=0.07-0.51). En esta ocasión los clústers de personalidad A (OR=8.99; 95% CI=3.67-24.02), B (OR=165.21; 95% CI=28.31-964.15) y C (OR=9.83; 95% CI=3.47-27.81), así como el trastorno límite de personalidad fueron todos significativos (OR=1.67; 95% CI=1.43-1.95).

En la prevalencia a 12 meses un 1.16% de los participantes tenía distimia. Cuando se estimaron las odds ratio no ajustadas se encontró que el neuroticismo (OR=8.07; 95% CI= 1.56 - 41.66) y los locus de control interno (OR=0.003; 95% CI= <0.001 - 0.43) fueron ambos significativos. Tras ajustar los datos, el neuroticismo se mantuvo significativo pero los locus de control interno no (OR= 0.024; 95% CI= <0.001 - 1.052). Este análisis mostró que todos los clúster (clúster A: OR=5.45; 95% CI= 1.30 - 22.74; clúster B: OR=70.03; 95% CI= 3.23 - 787.02; clúster C: OR=12.16; 95% CI= 2.38 - 62.25) así como el trastorno de personalidad límite (OR=1.45; 95% CI= 1.15 - 1.82) y la autoestima (OR=145.68; 95% CI= 3.71 - >999,999) fueron estadísticamente significativos.

Para este tipo de prevalencia, el 0.54% de la muestra tenía un diagnóstico de doble depresión. Las odds ratio no ajustadas mostraron que la impulsividad (OR=8.36; 95% CI= 1.38 - 50.56), el poder (OR= >999.999; 95% CI= 115.80 - >999.999) y el fatalismo (OR= <0.001; 95% CI= <0.001 - 0.11) eran los rasgos de personalidad más significativos, mientras que de los clúster, solo el C (OR=19.94; 95% CI= 1.41 - 281.75) también lo era. Cuando se ajustaron los análisis por las variables sociodemográficas, se encontró que todos los factores anteriores se mantenían estadísticamente significativos aunque aparecieron unos nuevos: la sociabilidad (OR=0.06; 95% CI= 0.01 - 0.38), la autoestima (OR=>999.999; 95% CI= 126.36 - >999.999), el neuroticismo (OR=76.41; 95% CI= 13.67 - 427.03) y todos los clústers de personalidad A (OR=24.04; CI= 6.28 - 91.99), B (OR=621.19; 95% CI= 39.99 - >999.999) y C (OR=71.84; 95% CI= 10.81 - 477.29), junto con el trastorno de personalidad límite (OR= 1.80; 95% CI= 1.46 - 2.21).

En el anexo 1 se encuentran las tablas con los resultados más detallados que incluyen las regresiones logísticas para ambas prevalencias y todos los trastornos, sin ajustar y ajustados.

#### *IV.II.2. ESTUDIO ANDALUZ PISMA-ep SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE*

##### *MUESTRA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS*

Se contactó con 1.176 residentes de la provincia de Granada; 367 (31%) rechazaron participar y 809 (69%) finalmente fueron entrevistados para el proyecto, de los cuales el 43.6% eran hombres y el 56.4% mujeres. Se compararon las personas que finalmente fueron entrevistadas y las que no lo fueron en cuanto a la edad, sexo e índice de ruralidad y no se encontraron diferencias significativas en sexo e índice de ruralidad, pero si se encontró que las personas que rechazaron participar eran significativamente más jóvenes (43.70,  $p < 0.001$ ) que las que no se incluyeron en el estudio.

Entre los participantes la edad media fue de 47.06 años (SD=16.53). De las edades comprendidas entre los 18 y 80 años, se crearon cuatro grupos de edad, el más frecuente fue el de personas entre 35-49 años, representando el 29.2% de la muestra, seguido por las personas entre 18-34 años con el 27.3% y los comprendidos entre 50-64 años con el 23.7% de la muestra. La mayoría de los entrevistados vivían en zonas urbanas (91.6%), con solo el 8.4% procedentes de zonas rurales. En cuanto al nivel educativo, 368 participantes habían completado la educación secundaria o superior (45.5%), mientras que el 36% sólo había completado la educación primaria, y el 18.5% no habían estado escolarizados o eran analfabetos. El estado laboral más frecuente era desempleado, representando el 60.6% del total de la muestra, mientras que sólo el 39.4% tenía un trabajo. En cuanto al estado civil, el 73.1% de la muestra se encontraba manteniendo algún tipo de relación estable, mientras que el 26.9% no lo estaba.

Los resultados sociodemográficos se muestran en la tabla 5.



		<i>N= 809</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>	Hombre	353	43.6
	Mujer	456	56.4
<b>Edad</b>	18-34	221	27.3
	35-49	236	29.2
	50-64	192	23.7
	65-80	160	19.8
<b>Nivel Educativo</b>	No escolarizado	150	18.5
	Educación Primaria	291	36.0
	Educación Secundaria o superior	368	45.5
<b>Estado Laboral</b>	Empleado	319	39.4
	No empleado	490	60.6
<b>Estado Civil</b>	En una relación estable	591	73.1
	No tiene una relación estable	218	26.9

**Tabla 5.** Variables sociodemográficas

*PREVALENCIA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE (TPAP) Y RASGOS DE PERSONALIDAD*

De los 809 participantes, 669 (82.1%) obtuvieron una puntuación de 3 o menos en el cuestionario SAPAS, y 145 (17.9%) obtuvieron una puntuación de 4 o superior, lo que implica un alto riesgo de padecer TPAP. De los 8 ítems incluidos en el cuestionario SAPAS el que recibió más respuestas positivas fue el correspondiente a la preocupación, con 452 participantes (55.9%) que consideraron que se preocupaban en exceso; este ítem estaba seguido de cerca por el perfeccionismo con 445 (55%) de los participantes que se consideraban a sí mismos personas perfeccionistas. El 33.1% y 32.6% de la muestra, respectivamente, se consideraron personas que se enfadan con facilidad o que normalmente son impulsivos. El 25.8%, 24% y 23% respondieron positivamente a los ítems relativos a la confianza, dependencia y soledad, respectivamente. El ítem que con menos frecuencia se respondió de forma positiva fue

el referido a encontrar y mantener amistades, ya que sólo el 8.9% de los individuos lo contestaron positivamente. En la tabla 6. se muestran las frecuencias de respuesta a cada uno de los ítems.

ITEM		N	%
1	<i>Amistad</i>	72	8.9
2	<i>Soledad</i>	186	23
3	<i>Confianza</i>	209	25.8
4	<i>Ira</i>	268	33.1
5	<i>Impulsividad</i>	264	32.6
6	<i>Preocupación</i>	452	55.9
7	<i>Dependencia</i>	194	24
8	<i>Perfeccionismo</i>	445	55

**Tabla 6.** Frecuencia de respuestas a cada ítem del cuestionario SAPAS

Las puntuaciones en impulsividad y neuroticismo se transformaron a puntuaciones 0-1. La puntuación media para la impulsividad fue de 0.02 (SD= 0.28) y de 0.41 (SD=0.26) para el neuroticismo. Las regresiones logísticas mostraron la influencia de la impulsividad (OR=7.19; CI 95%= 3.99-12.96) y el neuroticismo (OR= 35.69 CI 95%= 15.92-80.01) sobre la probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad. Ambos rasgos de personalidad aumentan el riesgo de padecer TPAP.

#### TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

Cuando se examinó la prevalencia de los trastornos del ánimo, se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno del estado del ánimo actual era del 15.9%, mientras que para la depresión mayor era del 13.2%, para la distimia del 3.6%, para el trastorno del estado del ánimo actual con síntomas psicóticos del 0.7% y para la hipomanía actual del 0.4%. Para la prevalencia pasada, la hipomanía se presentaba en

el 2.1% de los casos y la manía en el 1.9%, también se encontró una prevalencia del 9.5% para la depresión mayor recurrente. En la tabla 7. se muestra la frecuencia de los trastornos del estado del ánimo en el total de la muestra.

**Tabla 7.** Frecuencia de los trastornos del estado del ánimo encontrados en la muestra total

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Depresión Mayor Actual</i>	107	13.2
<i>Depresión Mayor Recurrente</i>	57	7
<i>Depresión Mayor con síntomas melancólicos</i>	77	9.5
<i>Trastorno del estado del ánimo actual con síntomas psicóticos</i>	6	0.7
<i>Distimia Actual</i>	29	3.6
<i>Episodio hipomaniaco de por vida</i>	17	2.1
<i>Episodio hipomaniaco actual</i>	3	0.4
<i>Episodio hipomaniaco pasado</i>	14	1.7
<i>Episodio maniaco de por vida</i>	15	1.9
<i>Episodio maniaco actual</i>	5	0.6
<i>Episodio maniaco pasado</i>	10	1.2
<i>Cualquier trastorno del estado del ánimo de por vida</i>	146	17.9
<i>Cualquier trastorno del estado del ánimo actual</i>	129	15.9
<i>Cualquier trastorno del estado del ánimo pasado</i>	76	9.4

#### FACTORES DE RIESGO PARA TPAP

Cuando se examinaron los trastornos del ánimo que podían estar influyendo sobre la aparición de TPAP se encontró que la depresión mayor (OR=3.98; CI 95%=2.55-6.19), la depresión mayor recurrente (OR=4.58; CI 95%= 2.62-8.02), la depresión mayor con melancolía (OR=3.97; CI 95%=2.41-6.54), la depresión mayor con síntomas psicóticos (OR; 8.41; CI 95%=1.51-46-72), la manía (OR=2.96; CI 95%=1.02-

8.51), la distimia actual (OR=3.12; CI 95%=1.53-7.13), la depresión mayor con ansiedad actual (OR=3.79; CI 95%=2-7.15), así como cualquier trastorno del ánimo pasado (OR=3.82; CI 95%=2.31-6.30), presente (OR=3.90; CI 95%=2.56-5.92) o de por vida (OR=3.73; CI 95%=2.40-5.59) podían incrementar el riesgo de padecer TPAP.

La impulsividad se asoció con un riesgo más elevado de padecer TPAP (OR=7.19; CI 95%= 3.99-12.96), y el neuroticismo mostraba una influencia aún mayor (OR= 35.69 CI 95%= 15.92-80.01).

Las pruebas de chi-cuadrado mostraron que la probabilidad de padecer un TPAP era mayor en las mujeres que en los hombres, representando ellas un 65.5% de la muestra de las personas con TPAP, mientras que los hombres sólo representaban el 34.5% de la muestra. Cuando se realizaron las regresiones logísticas binarias se encontró que el sexo era un factor que incrementaba el riesgo de TPAP (OR=1.6; CI 95%=1.11-2.37), así como tener antecedentes de trastorno mental (OR=2.04; CI 95%=1.40-2.98). De los tres tipos de abuso infantil, se encontró que sólo el abuso psicológico incrementaba el riesgo de TPAP (OR=2.42; CI 95%=1.42-4.09). Haber tenido al menos un evento vital estresante en los últimos 12 meses también incrementaba el riesgo de TPAP casi 1.7 veces (OR=1.63; CI 95%=1.04-2.54). Padecer un riesgo de suicidio moderado mostró tener una influencia bastante fuerte sobre la probabilidad de padecer TPAP (OR= 4.13; CI 95%=2.61-6.53).

Se encontraron varios factores que disminuían la probabilidad de padecer un TPAP. Por tanto, tener altas puntuaciones tanto en la salud emocional como física medidas en el SF12 se asociaban con una menor probabilidad de padecer TPAP (OR= 0.93; CI 95%= 0.92-0.99). Del mismo modo, se encontró una menor probabilidad de tener TPAP entre aquellos individuos que obtuvieron mejores puntuaciones en la G.A.F. (OR=0.95; CI 95%= 0.94-0.96), así como entre aquellos con mejores puntuaciones en memoria de trabajo (OR= 0.95; CI 95%= 0.91-0.99) y fluencia verbal (OR= 0.96; CI 95%= 0.94-0.99). En la tabla 84. se muestran todos los factores que parecen influir en la probabilidad de padecer un TPAP.

	95% CI		
	OR	Inferior	Superior
<b>Sexo</b>	1.62	1.11	2.36
<b>Historia familiar de trastorno mental</b>	1.58	1.08	2.31
<b>Abuso psicológico en la infancia</b>	2.42	1.42	4.09
<b>Eventos vitales estresantes</b>	1.63	1.04	2.54
<b>Riesgo de suicidio</b>	4.13	2.61	6.53
<b>Puntuaciones SF12 físico</b>	0.93	0.92	0.95
<b>Puntuaciones SF12 emocional</b>	0.93	0.92	0.95
<b>G.A.F.</b>	0.95	0.94	0.96
<b>Impulsividad</b>	7.19	3.99	12.96
<b>Neuroticismo</b>	35.69	15.92	80.01
<b>Memoria de trabajo</b>	0.95	0.91	0.99
<b>Fluidez verbal</b>	0.96	0.94	0.99
<b>Depresión mayor actual</b>	3.98	2.55	6.19
<b>Depresión mayor recidivante</b>	4.58	2.62	8.02
<b>Manía</b>	2.96	1.02	8.51
<b>Depresión mayor con síntomas melancólicos</b>	3.97	2.41	6.54
<b>Depresión mayor con síntomas psicóticos</b>	8.41	1.51	46.72
<b>Distimia actual</b>	3.31	1.53	7.13
<b>Cualquier trastorno de ansiedad con depresión mayor actual</b>	3.79	2.00	7.15
<b>Cualquier trastorno del ánimo pasado</b>	3.82	2.31	6.30
<b>Cualquier trastorno del ánimo actual</b>	3.90	2.56	5.92
<b>Cualquier trastorno del ánimo de por vida</b>	3.73	2.48	5.59

**Tabla 8.** Factores potencialmente de riesgo o de protección contra un trastorno de personalidad altamente probable.

---

# CAPÍTULO V

## DISCUSIÓN

## DISCUSIÓN

---

Este capítulo está dividido en diferentes secciones dedicadas a discutir los resultados que correspondientes a cada uno de los trabajos expuestos.

### *V.I.1. COMORBILIDAD DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN TRASTORNOS DEPRESIVOS*

El objetivo fue investigar la naturaleza de las asociaciones entre los clústers de trastorno de personalidad y los trastornos del estado del ánimo, la funcionalidad y el uso de los servicios de salud mental. Los resultados tienen la ventaja de aportar una evidencia empírica sobre estas asociaciones según lo observado en una muestra clínica de trastorno de personalidad. Se observó que los trastornos del estado del ánimo son, en general, frecuentes en el trastorno de personalidad y que es especialmente así en lo relativo a los clústers B y C. También se observó, tal como cabía prever clínicamente, que los pacientes del clúster B acudían a las clínicas ambulatorias y los servicios de urgencias con una frecuencia significativamente mayor, mientras que los pacientes del clúster A tenían mayor frecuencia de ingresos y peor funcionalidad general. La principal ventaja del estudio es la muestra relativamente grande de pacientes, a los que en todos los casos se había diagnosticado un trastorno de personalidad como diagnóstico principal, independientemente de que tuvieran o no un diagnóstico adicional de eje I. El estudio tiene también varias limitaciones que son características de los estudios basados en historias clínicas, aunque nuestro sistema computarizado de HCI aportara datos obtenidos de forma bastante sistemática por psiquiatras especialistas que habían recibido una formación homogénea. No obstante, los resultados no deben extrapolarse, puesto que la muestra utilizada tiene una clara sobre-selección y procede de un conjunto de pacientes de asistencia secundaria.

Se observó que, del total de la muestra, incluidos los pacientes con trastorno de personalidad no especificado (un 31% de la muestra), en los pacientes con un diagnóstico de clúster A (un 16,29% de la muestra total) el trastorno del estado del ánimo más frecuente fue el trastorno depresivo mayor, cosa que no sucede en los otros dos clústers; en el clúster B (el 35,66% de la muestra) y en el clúster C (el 17,02%



de la muestra) hubo una frecuencia mayor de distimia. Esto concuerda con lo indicado en la literatura<sup>(84)</sup>. Lo mismo ocurre al analizar todos los trastorno de personalidad como un solo grupo, es decir, se aprecia que la distimia se da en el 18,9% del total de los pacientes, con independencia de cuál sea el clúster de personalidad en el que se incluyan, mientras que el trastorno depresivo mayor se da tan sólo en el 11,6% del total de los pacientes. Los pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad de clúster A eran los menos frecuentes (un 16,29% de la muestra). El hecho de que se haya observado una prevalencia inferior de distimia en la presente muestra no respalda lo observado en estudios previos<sup>(88)</sup>. Según otros autores, los pacientes con distimia presentan más trastornos del clúster A. Sin embargo, Kool et al (2000) consideraron en su análisis el trastorno depresivo mayor y la doble depresión, es decir, tanto trastorno depresivo mayor como distimia, y no la distimia sola, y esto podría explicar en parte la diferencia respecto a los resultados aquí presentados, puesto que en este caso se ha analizado por separado. Que nosotros sepamos, no hay otros estudios que hayan obtenido los mismos resultados que Kool et al (2000), mientras que son numerosos los que respaldan los nuestros. En este clúster, al analizar la presencia de cualquier tipo de trastorno del estado del ánimo, se observó que los pacientes con un trastorno de personalidad paranoide eran los más frecuentes, tal como se había apuntado anteriormente.

El trastorno de personalidad del clúster B fue el más frecuente, el doble de lo observado en los otros dos clústers. La mayor parte de los pacientes con trastorno del estado del ánimo de este clúster presentaban un trastorno histriónico o límite, observación similar a la descrita en otro estudio<sup>(41)</sup>. En la literatura, estos dos trastornos se han observado tan sólo en la depresión no melancólica<sup>(52,138)</sup>, y puesto que en el presente estudio no se han diferenciado los diferentes tipos de depresión, es posible que estos trastornos de personalidad estén sobrerrepresentados, tal como han observado otros autores<sup>(41)</sup>. De todos modos, no se ha encontrado ningún otro estudio similar que haya identificado una prevalencia tan alta de pacientes histriónicos, puesto que normalmente el más frecuentemente asociado al trastorno del estado del ánimo en este clúster es el trastorno límite<sup>(41,139)</sup>. También en el clúster B se observó una

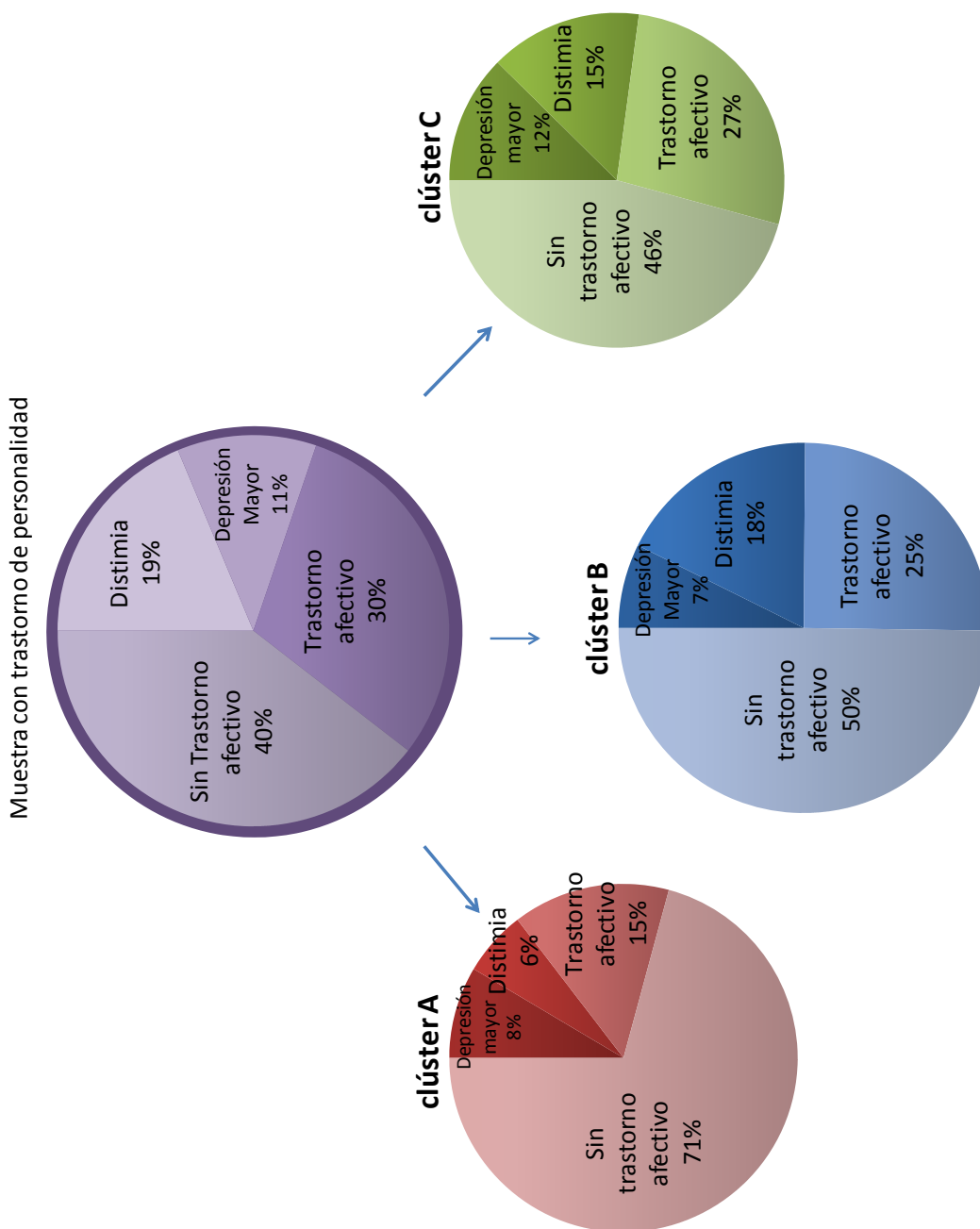
prevalencia claramente superior de pacientes con distimia, que afectaba al 23,7% del total.

Por lo que respecta a los pacientes con un diagnóstico de clúster C, se puede señalar que siguen un patrón de comorbilidad muy similar al observado en los pacientes del clúster B, es decir, tienen mayor comorbilidad de distimia que de trastorno depresivo mayor. El trastorno de personalidad diagnosticado con mayor frecuencia en este clúster fue el trastorno de personalidad dependiente, lo cual valida nuevamente el método aquí utilizado, puesto que se ha descrito en varios estudios<sup>(140-142)</sup>. Tiene interés y pone de relieve la importancia de explorar la comorbilidad de estado de ánimo en el trastorno de personalidad el hecho de que se haya descrito de manera uniforme que los pacientes con un trastorno del estado del ánimo que presentan también un trastorno de personalidad del clúster C tienen peor respuesta al tratamiento, tardan más en responder y tienen mayor probabilidad de evolucionar a la cronicidad<sup>(65,143-146)</sup>.

Por último, los resultados sobre la funcionalidad comparativa están dentro de lo esperable, de tal manera que la función de los pacientes del clúster A es significativamente peor y requiere más ingresos hospitalarios, lo cual pone de manifiesto la mayor gravedad de algunos de estos trastornos de personalidad, como los de tipo paranoide<sup>(147)</sup>. Los resultados que aquí se han presentado aportan algo de luz respecto al conocimiento de la comorbilidad entre los ejes I y V con el trastorno de personalidad y el trastorno del estado del ánimo, al tiempo que resaltan la importancia de una evaluación general del trastorno de personalidad, puesto que la comorbilidad comporta implicaciones importantes en el tratamiento y los resultados globales.



Figura 1. Resumen de resultados obtenidos en el estudio con pacientes de trastorno de personalidad en el Hospital Sant Joan de Deu-Serveis de Salut Mental





## *V.1.2. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADULTOS JÓVENES VS. ADULTOS MAYORES*

En resumen se puede decir que se han encontrado claras diferencias entre ambos grupos. En las personas mayores de 65 años existe un claro predominio de trastornos pertenecientes al clúster A, mientras que entre la población más joven los trastornos más frecuentes son aquellos del clúster B y No especificados. También se ha observado que es más frecuente entre los jóvenes que su diagnóstico principal sea de trastorno de personalidad, mientras que en los mayores de 65 años es más frecuente que este diagnóstico sea secundario, siendo diagnóstico principal sólo en el 17% de los casos. En cuanto a la comorbilidad con el Eje I también se encontraron diferencias, en los pacientes mayores de 65 años, los diagnósticos co-ocurrentes más frecuentes eran los trastornos psicóticos, mientras que en la población más joven existía una mayor comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad. Los trastornos de personalidad más frecuentes entre la población más joven eran los trastornos no especificados, seguidos del trastorno histriónico y límite, pero entre los mayores de 65 años se encontró que los más frecuentes eran los paranoides, histriónicos y el trastorno de personalidad esquizoide. Finalmente, los resultados fueron esperables en cuanto a la funcionalidad y el consumo de recursos sanitarios, como era de esperar la funcionalidad era menor en las personas mayores y el consumo de recursos sanitarios en este grupo era mayor que en el de los jóvenes.

Los resultados de este estudio reflejan un predominio del clúster B y del T. de personalidad no especificado (probable clúster B si se hiciera una valoración más exhaustiva) en el grupo menor de 65 años, a diferencia de lo que ocurre en el grupo de mayores de 65 años entre los que predomina claramente el clúster A. Esta reducción del clúster B en ancianos apoya el trabajo de Eysenck de 1987<sup>(148)</sup> en el que postula que con la edad va apareciendo una disminución en el neuroticismo y la extraversión, así como un mayor control de los impulsos. El predominio del clúster A en ancianos coincide con los resultados obtenidos por Abrams y Horowitz en su trabajo *Personality Disorders After Age 50*, contrastando con otros trabajos en los que se refleja un

predominio del clúster C en ancianos. Según el citado trabajo de Abrams y Horowitz muchos diagnósticos de clúster C en ancianos pueden derivar de sintomatología depresiva subclínica, frecuente en las edades avanzadas en las que uno se enfrenta a estresores importantes como son la pérdida de la salud, de la autonomía y de sus relaciones.

Aparece un ligero predominio de varones en el grupo de ancianos, mientras que en el grupo de jóvenes predominan las mujeres. En estudios anteriores los resultados son contradictorios a este respecto, por lo que no parece muy valorable este resultado.

Un tercio del grupo de menor edad presenta el T. de Personalidad como diagnóstico psiquiátrico principal, mientras que en el grupo de mayores sólo el 17,6 %. Esto puede deberse a que están infra-diagnosticados los T. de Personalidad en los ancianos, además de que al ser menos llamativas las conductas a estas edades no es frecuente que se lleve a una persona de esa edad a una consulta psiquiátrica si no existe sintomatología en el Eje I añadida.

En el grupo menor de 65 años la comorbilidad más frecuente con el eje I se da con los T. Afectivos y los T. de Ansiedad, a diferencia de lo que se encuentra en el grupo de ancianos entre los que predomina la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido a distancia por los T. Afectivos. Esto puede deberse a que en ancianos con sintomatología psicótica negativa o residual el diagnóstico puede hacerse complicado, no siendo difícil confundirlo con T. de Personalidad de clúster A, más aún cuando el diagnóstico es clínico. Por otro lado, Christenson y Blazer en el año 84<sup>(149)</sup> ya describieron la frecuencia con que aparecen síntomas paranoides moderados en edades avanzadas, lo cual se acentúa aún más en pacientes ya diagnosticados en su juventud como T. de Personalidad de clúster A, llevando a veces al clínico a realizar el diagnóstico de Esquizofrenia de inicio tardío u otros trastornos psicóticos.

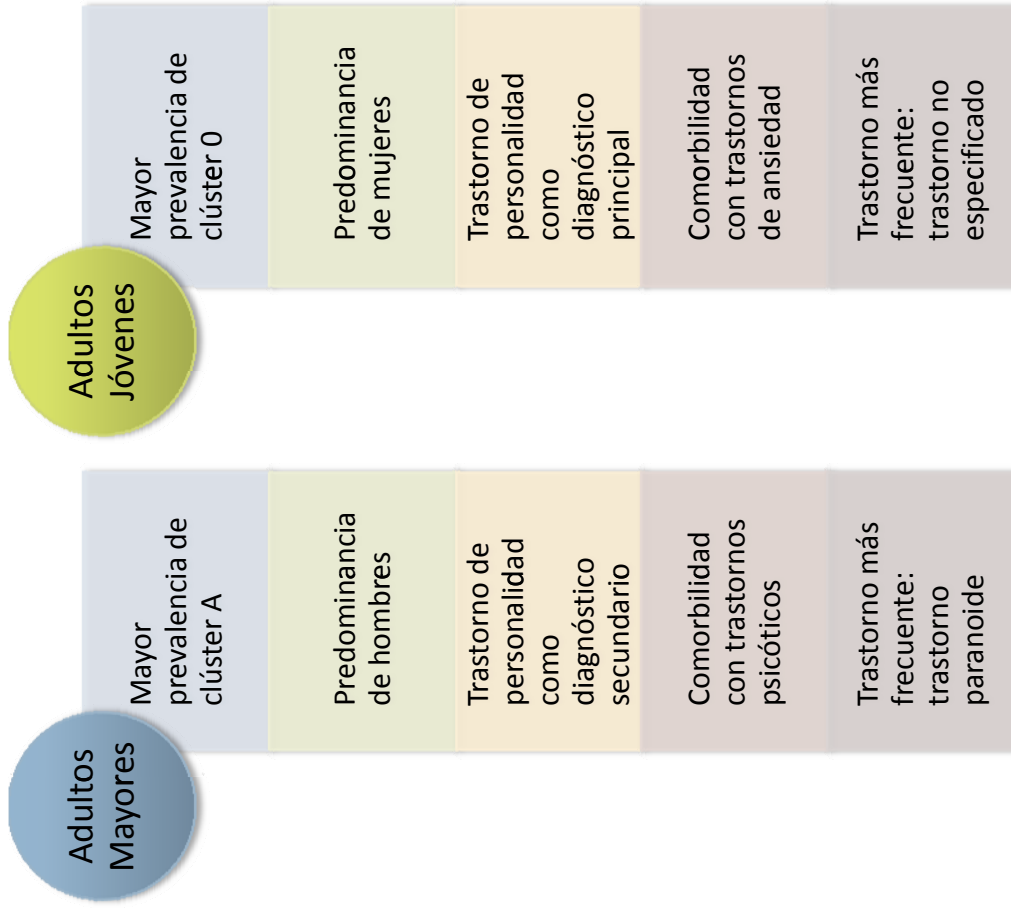
En el estudio de comorbilidad por clústers con eje I en mayores de 65 años, se encuentra una asociación importante entre el clúster B, el clúster C y el T. de Personalidad no especificado con los T. Afectivos. El clúster A, sin embargo, presenta una elevadísima asociación con la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, pudiendo ser la explicación de este resultado la citada en el párrafo anterior.

En menores de 65 años el T. de Personalidad no especificado es el que aparece con mayor frecuencia, seguido del T. Histriónico y Límite de Personalidad. En el grupo de ancianos el T. Paranoide y el Histriónico fueron los más frecuentes, seguido del T. Esquizoide de Personalidad, resultados similares a los obtenidos por Abrams y Horowitz en el estudio citado anteriormente. Por las explicaciones expuestas a lo largo de este trabajo en cuanto a la reducción de los síntomas inmaduros de clúster B con la edad, así como la aparición de sintomatología extravagante en edades avanzadas, parece poco congruente una prevalencia tan alta de T. Histriónico de Personalidad en ancianos. Esto puede derivar de confundir las frecuentes y fundadas quejas somáticas de las personas ancianas, así como su búsqueda de afecto, con teatralidad, llamadas inmaduras de atención y demás síntomas de la personalidad histriónica.

Los resultados aquí expuestos demuestran claramente que existen diferencias en la presentación de los trastornos de personalidad en las personas mayores y en grupos poblacionales más jóvenes. Estas diferencias se extienden tanto al tipo de trastornos como a la comorbilidad que presentan con el Eje I. Estos resultados son muy interesantes debido a la gran prevalencia de los trastornos de personalidad a todas las edades, pero es especialmente importante tenerlos en cuenta a edades avanzadas debido a los efectos que éstos tienen sobre otros diagnósticos, y por la dificultad de poder identificar claramente los trastornos de personalidad en los ancianos debido a la falta de instrumentos específicos. Consideramos que estos datos han de considerarse como una llamada de atención sobre la importancia de conocer bien cómo opera la personalidad y sus trastornos a edades avanzadas y también sobre la importancia de tener instrumentos ajustados para el diagnóstico a estas edades







**Figura 2.** Resumen de las principales diferencias entre adultos jóvenes y adultos mayores



## V.II. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL

---

### V.II.1. ESTUDIO EUROPEO ESEMeD SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

El objetivo de este trabajo ha sido explorar la comorbilidad entre trastornos depresivos y tanto trastornos como rasgos de personalidad en una muestra representativa de la población europea, y se ha encontrado que todos los clústers de personalidad tienen una influencia sobre la aparición de los trastornos depresivos, aunque esta influencia cambia dependiendo del tipo de prevalencia y trastorno. Que nos sea sabido, este es el primer estudio que examina este tema en una muestra pan-europea con una combinación de clústers y rasgos de personalidad.

Estos resultados muestran que el clúster A tiene una influencia más fuerte sobre la depresión doble que sobre cualquier otro trastorno depresivo, se asocia significativamente tanto en prevalencia vida como en prevalencia 12 meses, tanto antes como después de haber ajustado los datos. Esto está en concordancia con la literatura previa<sup>(88)</sup>, se ha encontrado previamente que los pacientes con trastorno depresivo mayor y distimia tienden a presentar más trastornos del clúster A y también se muestran más evitadores, aunque este resultado no es generalizado, y autores previos han explicado esto como un sesgo de medición. Esto podría deberse a que las personas con depresión doble podrían, al menos superficialmente, compartir algunos síntomas con los pacientes del clúster A. Las personas anhedónicas o que no son capaces de disfrutar de situaciones sociales debido a su estado emocional podrían parecer distantes y frías, que es cómo a veces parecen ser las personas con trastornos del clúster A. Esta similitud podría ser una explicación para la gran presencia de clúster A en nuestra muestra de doble depresión.

Se examinaron los trastornos de clúster B y el trastorno límite de personalidad por separado. Se observó que en la presente muestra los trastornos de personalidad del clúster B tienen la mayor influencia sobre los tres tipos de trastornos depresivos,

mostrando odds ratios muy elevadas. La presencia de trastorno bipolar de personalidad también ha tenido una influencia constante sobre el desarrollo de trastornos depresivos aunque este trastorno de personalidad parecía tener menos influencia sobre el desarrollo de trastornos depresivos que cualquiera de los clústers. Tradicionalmente se ha considerado que el clúster C es el que más a menudo se ha asociado a los trastornos depresivos, debido a su naturaleza dependiente-avoidante, pero es interesante considerar que los problemas que el clúster B puede generar en las relaciones personales podría ser considerado un factor de riesgo. Tal y como se discute más adelante, se ha encontrado que la sociabilidad y la deseabilidad social a menudo aparecen como factores protectores para los tres trastornos depresivos, y por otro lado se ha encontrado a la agresión como posible factor de riesgo. Este último rasgo a menudo aparece en personas con trastornos del clúster B. Cuando los participantes que muestran trastornos depresivos también muestran trastornos del clúster B se puede considerar que sus problemas en las interacciones sociales podrían estar a la base de esta conexión, puesto que están expuestos a un número más elevado de factores de riesgo y parecen estar más alejados de los factores protectores.

El clúster C se ha presentado más frecuentemente en la literatura previa como el clúster con la mayor influencia sobre los trastornos depresivos. Debido a su naturaleza avoidante-dependiente, también se debe considerar que en este clúster existe un trastorno de personalidad depresivo. Por tanto no es muy sorprendente que hayamos encontrado que influye a los tres trastornos depresivos para ambas prevalencias, aunque, como se ha mencionado antes, en los resultados aquí presentados no se ha encontrado que este sea el clúster que ejerza mayor influencia, sino que aquí es el clúster B.

El rasgo de personalidad que se ha encontrado como ser el que más consistentemente influye en la aparición de los trastornos depresivos es neuroticismo. Se ha informado del neuroticismo, tanto por sí mismo como en conjunción con otros rasgos, como un factor de riesgo frecuente para los trastornos del estado del ánimo. Se ha prestado especial atención al papel que juega el neuroticismo como factor que puede influir la comorbilidad<sup>(150,151)</sup>, inicio<sup>(107,152-155)</sup>, recurrencia<sup>(20)</sup>, respuesta al tratamiento<sup>(57,107,138)</sup>, severidad<sup>(156)</sup> y resultado<sup>(55)</sup> de trastornos del estado del

ánimo<sup>(59)</sup>. En los resultados presentados la influencia del neuroticismo se mantiene para ambas prevalencias. De acuerdo con estos resultados otros rasgos de personalidad que pueden estar ejerciendo una influencia sobre la presencia de trastornos depresivos con agresión, sociabilidad, suerte, impulsividad, locus de control interno, deseabilidad social, justicia y poder, aunque los resultados que apoyan esto varían dependiendo del tipo de prevalencia y trastorno depresivo. Por otro lado, se encontraron varios rasgos que podrían estar ejerciendo un efecto protector, siendo estos autoestima, fatalismo, sociabilidad y deseabilidad social.

Estos resultados son congruentes con las grandes teorías cognitivas de la depresión. Tener baja autoestima se ha asociado con depresión como una de sus principales características<sup>(157)</sup>, aunque no se ha aclarado hasta hace poco que sea realmente un factor de riesgo<sup>(158,159)</sup> y no solo una consecuencia de haber sufrido depresión. También es interesante haber encontrado que otros de los factores protectores tienen que ver con factores sociales. La sociabilidad y la extraversión aparecen como factores protectores, lo cual es congruente con los modelos que consideran la introversión como un factor que puede influir sobre la fenomenología y el curso de la depresión<sup>(160,161)</sup>.

Un resultado interesante ha sido encontrar que el fatalismo aparece frecuentemente como un factor protector para la depresión doble, tanto en prevalencia vida como 12 meses. Consideramos este resultado como una demostración de un sesgo de medición, puesto que no hemos podido encontrar literatura previa que apoye la idea de que pueda actuar como factor protector. Este rasgo se ha evaluado con solo tres preguntas, y por tanto se ha considerado que son insuficientes, puesto que pueden llevar a este tipo de resultados, que pueden ser muy confusos.

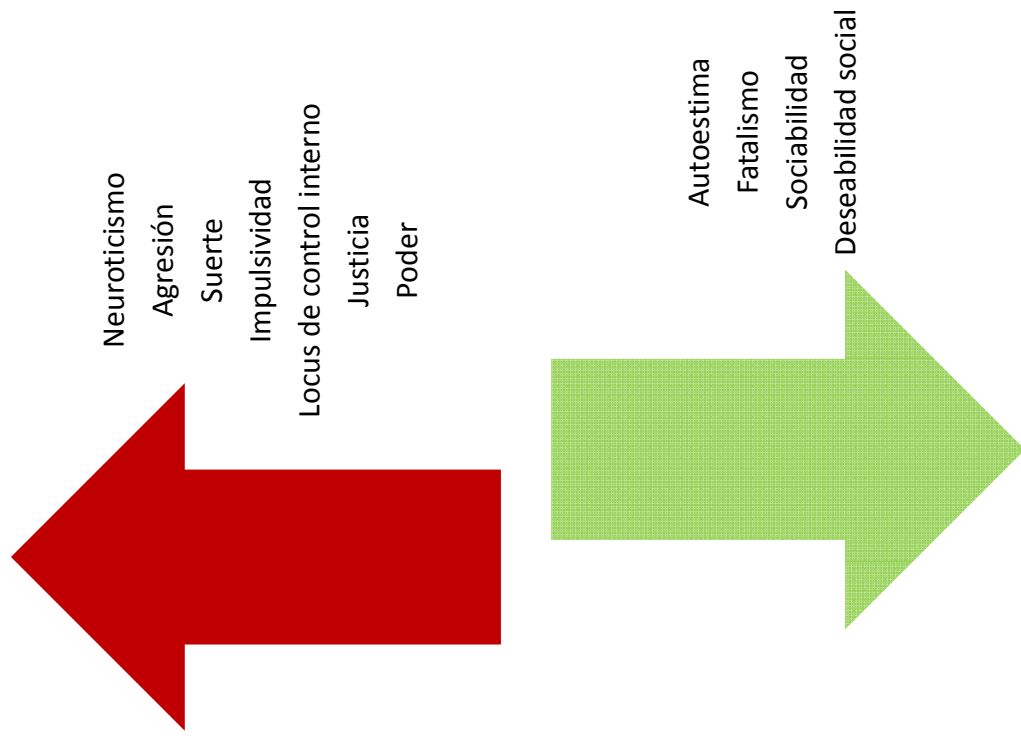
Las principales ventajas de este estudio son que se ha examinado, en una gran muestra de población general de varios países Europeos, dos tipos de prevalencia, a 12 meses y de por vida, y también que se han estudiado tres tipos de trastornos depresivos, y tanto trastornos de personalidad como rasgos que puedan influir la aparición de estos trastornos depresivos. La última ventaja de este estudio probablemente sea la más significativa, ya que ha permitido que se analice un amplio

espectro de factores que pueden estar influyendo la aparición de trastornos depresivos tanto como factores de riesgo como protectores.

Este estudio transversal también contiene una serie de limitaciones que tienen que ver con la forma en que se seleccionó la sub-muestra que se ha analizado aquí, ya que la sub-muestra seleccionada para ser evaluada en aspectos de personalidad fueron seleccionados al azar de entre los participantes que tenían disponibles a su pareja, lo cual puede haber limitado la representatividad de la presente muestra. También cabe destacar que las secciones de personalidad utilizadas para identificar los rasgos de personalidad eran adaptaciones breves de escalas más amplias, lo cual puede haber llevado a estimaciones sesgadas para algunos de estos rasgos. Aún así, son adaptaciones que han sido validadas para usar en la CIDI (Alonso, 2004). Finalmente también se deberían tener en cuenta las limitaciones que tienen todos los estudios transversales, incluyendo especialmente no poder asegurar dirección de causalidad.

Las futuras investigaciones en esta área deberían explorar más rasgos de personalidad que podrían estar influyendo la aparición de trastornos depresivos. Aquí se han presentado datos sobre algunos rasgos que no han sido presentados previamente y por tanto arrojan nueva luz sobre otros rasgos que pueden estar afectando la aparición de trastornos depresivos, pero hay necesidad de ampliar la investigación puesto que no se conoce bien hasta qué punto están influyendo. Cuanto más sepamos sobre factores de riesgo mejor pueden ser nuestras intervenciones clínicas. También es de gran importancia encontrar posibles factores protectores para poder prevenir la aparición de trastornos depresivos, ya que esto es tan importante como un correcto tratamiento.

**Figura 3.** Resumen de los factores que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de padecer un trastorno depresivo.







*V.II.2. ESTUDIO ANDALUZ PISMA-ep SOBRE PREVALENCIA, COMORBILIDAD Y CORRELATOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD ALTAMENTE PROBABLE*

Este estudio ha tenido como objetivo estimar la prevalencia global de TPAP en una muestra de población general no institucionalizada residente en la provincia de Granada, así como conocer las puntuaciones medias de dos rasgos de personalidad y cuáles son los factores que potencialmente influyen sobre la aparición de TPAP, con un especial énfasis en trastornos del ánimo. Por tanto se entrevistaron a 809 participantes sobre sus datos sociodemográficos, un amplio grupo de factores de riesgo, trastornos del ánimo y personalidad.

Se encontró que el 17.9% de la población incluida en este estudio está en riesgo de TPAP, definido por una puntuación de 4 o mayor en SAPAS. Esta prevalencia es más elevada de lo que se ha encontrado en otras muestras de población general, que normalmente se estima alrededor del 10%<sup>(30,162)</sup>. Aunque es importante ser muy prudentes a la hora de interpretar prevalencias cuando se han obtenido a través de una prueba de cribado. La entrevista SAPAS no tiene como función detectar casos de trastorno de personalidad y aquellas personas que muestran una puntuación elevada han de ser re-examinados con una prueba diagnóstica, tal como la SCID-II.

Por otro lado es interesante haber obtenido este resultado ya que muestra que la prevalencia de TPAP en la población general podría ser más elevada de lo que previamente se ha considerado, y que posiblemente, aún cuando los trastornos de personalidad se diagnostiquen de un modo categórico puedan ser menos prevalentes, existen dimensiones latentes de TPAP que pueden estar afectando a un amplio grupo de la población. Este es un resultado epidemiológico importante que puede apoyar la necesidad de nuevas aproximaciones a los diagnósticos de trastorno de personalidad tales como los que se han sugerido en el DSM-5. Por tanto, este nuevo modelo es un modelo mixto dimensional-categórico que enfatiza la importancia de la funcionalidad en personalidad, especialmente en dos áreas: funcionamiento del *self* e interpersonal. Este nuevo modelo ayuda a explicar qué es lo que inclina la balanza entre tener o no un trastorno de personalidad, ya que explica que tener dimensiones de personalidad patológicas no es suficiente para diagnosticar un trastorno de personalidad., y que

también necesitamos saber cómo afectan estas dimensiones a la funcionalidad de la persona (<http://www.dsm5.org>).

Nosotros evaluamos funcionalidad global con la escala G.A.F., y encontramos que una alta puntuación podría ser un factor protector contra TPAP, pero no hemos evaluado las áreas específicas de funcionamiento del *self* o interpersonal que podrían tener un mayor impacto sobre el desarrollo de un trastorno de personalidad que la funcionalidad global.

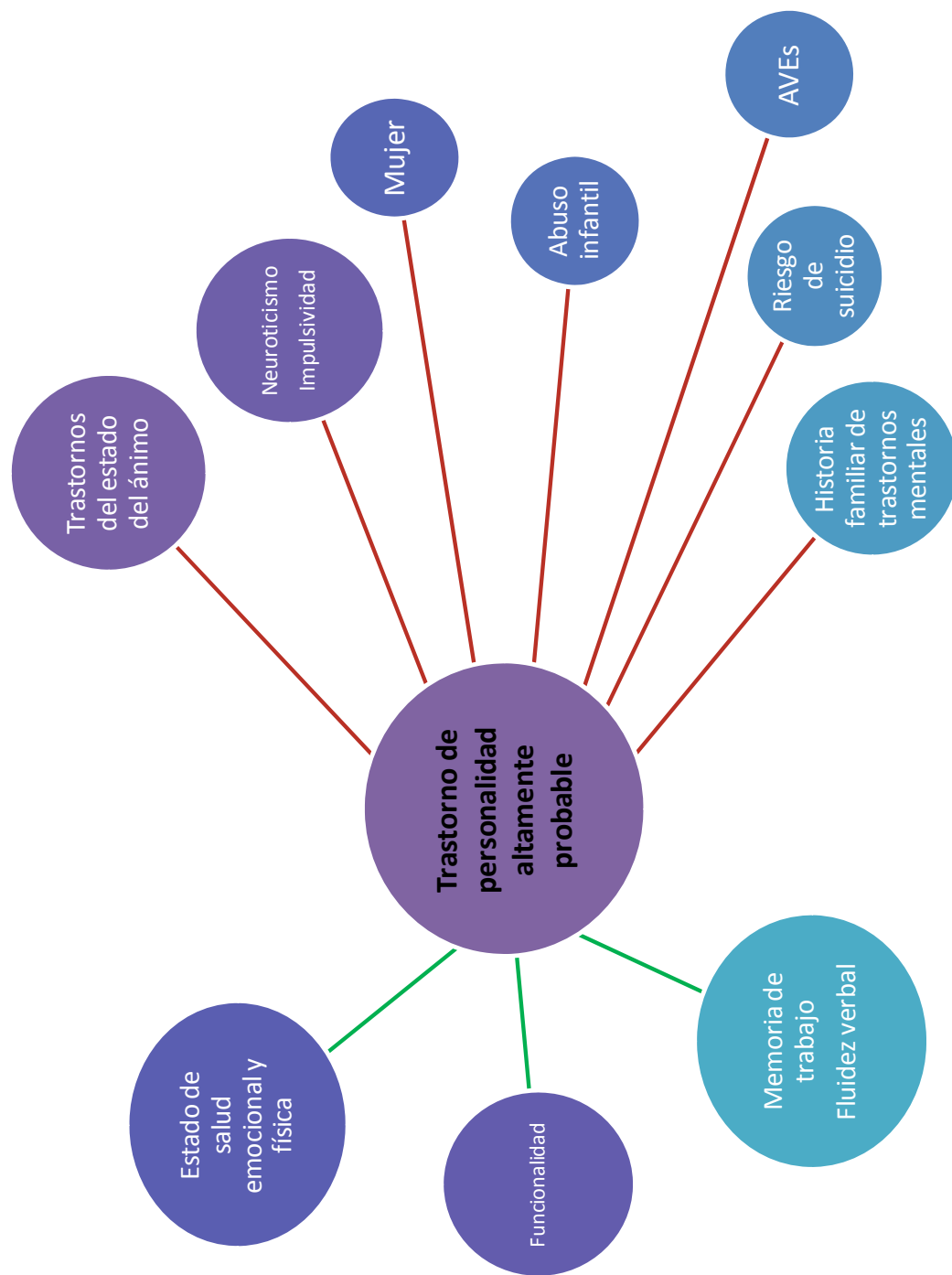
También queríamos determinado correlatos de TPAP, con especial interés en el rol de los trastornos del estado del ánimo. Hemos estudiado los trastornos del estado del ánimo en profundidad y hemos considerado su rol como factores potencialmente de riesgo, al contrario de lo que se ha propuesto previamente<sup>(19,52,68,152,154,163)</sup>. Puesto que hemos incluido un grupo amplio de trastornos del estado del ánimo hemos podido examinar asociaciones con algunos que normalmente no reciben demasiada atención, tal como el trastorno del ánimo con síntomas psicóticos. Ya que, que nosotros sepamos, no se ha informado de esta asociación en la literatura previa. El resto de los trastornos del ánimo que se asociaron con la aparición de TPAP lo hicieron de una forma menos potente, aunque todos parecen incrementar el riesgo de aparición de TPAP al menos tres veces.

En cuanto a los rasgos de personalidad, de nuevo hemos utilizado una aproximación novedosa en la cual hemos examinado cómo la presencia de ciertos rasgos de personalidad puede actuar sobre la presencia de TPAP. Ambos rasgos que hemos examinado se asocian fuertemente con el desarrollo de un TPAP, especialmente en el caso del neuroticismo, que aumenta la probabilidad de TPAP más de 35 veces. La impulsividad también se asocia fuertemente con TPAP. Estos resultados nos hacen ver la importancia que tiene estudiar la influencia real que tienen los rasgos de personalidad sobre la ocurrencia de trastornos de personalidad, lo cual es un aspecto que, sorprendentemente, ha sido poco investigado. Esto podría tener algunas implicaciones para la prevención de los trastornos de personalidad, ya que algunas psicoterapias fácilmente accesibles han mostrado ser efectivas sobre la impulsividad y/o el neuroticismo, lo cual podría minimizar la aparición de TPAP. Todos estos factores de riesgo que hemos expuesto podrían ser incluidos en un modelo de

evaluación del riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad. Parece que los indicadores más importantes son los trastornos del estado del ánimo con síntomas psicóticos y los rasgos de personalidad como la impulsividad o el neuroticismo. Otros factores de riesgo que hemos incluido en nuestro análisis que se asocian con la probabilidad de desarrollar un TPAP incluyen ser mujer, tener antecedentes familiares de trastorno mental, haber sufrido abuso psicológico durante la infancia, haber experimentado un evento vital amenazante durante el año previo y tener un riesgo moderado de suicidio. Todos estos factores de riesgo han sido investigados con anterioridad como factores de riesgo tanto para trastornos de personalidad como para otros trastornos mentales<sup>(164)</sup>.



**Figura 4.** Factores que correlacionan con un riesgo incrementado (a la derecha) o disminuido de tener un TPAP (a la izquierda).





Con el objetivo de que esta discusión sea lo más clara posible, se va a dividir en secciones, cada una de ella dedicada a uno de los objetivos de este trabajo.

**1.** Establecer la asociación entre trastornos de personalidad y trastornos depresivos. Establecer la asociación y los posibles efectos de riesgo/protección de rasgos de personalidad para la ocurrencia de trastornos depresivos.

Este objetivo es muy amplio y se ha abordado desde todos los estudios que se han incluido en esta tesis. Por una parte se ha querido conocer la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otros trastornos del ánimo, con especial énfasis en los trastornos depresivos, para poder hacer frente a este objetivo hemos realizado dos estudios con poblaciones clínicas y otros dos en población general. Ambos estudios con población clínica se llevaron a cabo en el marco del Hospital Sant Joan de Déu en la provincia de Barcelona. Los participantes incluidos en estos estudios eran todos pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad por clínicos. Se obtuvieron datos clínicos procedentes de sus historias clínicas informatizadas, así como otros muchos datos relevantes a los pacientes. Los estudios llevados a cabo con esta información han proporcionado resultados a cerca de con qué trastornos son más frecuentemente comórbidos los trastornos de personalidad dependiendo del clúster y el trastorno que padezca el paciente. También hemos podido comprobar que la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otros trastornos varía dependiendo de la edad que tenga el paciente, ya que la comorbilidad no opera del mismo modo en adultos jóvenes que en adultos de edades avanzadas. La comorbilidad también se ha examinado en los dos estudios de población general que se han llevado a cabo. En el estudio ESEMeD se observó la comorbilidad de los diferentes clústers de personalidad con trastornos depresivos del tipo depresión mayor, distimia o depresión doble, mientras que en estudio PISMA-ep se observó la comorbilidad con un grupo



mucho más amplio de trastornos depresivos y ansiosos, que incluían algunas formas de estos trastornos que son poco frecuentes pero muy graves, como por ejemplo la depresión mayor con síntomas psicóticos.

**2.** Comparar la distribución y comorbilidad de trastornos de personalidad en una muestra clínica representativa de adultos jóvenes vs. una muestra de adultos mayores.

Los resultados obtenidos en el estudio comparativo entre adultos jóvenes y adultos mayores ha desvelado que existen claras diferencias entre estos dos grupos en lo que se refiere a cómo se distribuyen los trastornos de personalidad en las diferentes edades como a con qué otros trastornos son más frecuentemente comórbidos los diferentes trastornos de personalidad según la edad. Entre los adultos jóvenes son más frecuentes los trastornos de personalidad no especificados y los del clúster B, mientras que en los adultos mayores es más frecuente que existan diagnósticos del clúster A. También se ha encontrado que los pacientes adultos jóvenes tienen una alta comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad mientras que entre los adultos mayores la comorbilidad con el Eje I es diferente, asociándose más frecuentemente con trastornos psicóticos que con trastornos de otro tipo.

**3.** Estimar la prevalencia poblacional Europea de trastornos y rasgos de personalidad y su comorbilidad y correlatos con trastornos depresivos a partir del estudio internacional ESEMED.

En el estudio europeo ESEMeD se recogieron datos de una amplia muestra de participantes de población general de cinco países europeos. Se ha examinado un gran número de rasgos de personalidad, pudiendo comprobar que algunos de estos rasgos de personalidad parecen incrementar la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, mientras que otros se asocian inversamente con la probabilidad de

desarrollar este tipo de trastorno. Al examinar los correlatos de personalidad de los trastornos depresivos se encontraron varios factores que asocian tanto positivamente como negativamente con la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo. Ciertos rasgos de personalidad parecen incrementar la probabilidad de tener un trastorno depresivo, estos factores son tener alto neuroticismo, alta agresión, altas puntuaciones en suerte, impulsividad, justicia y poder, y por otro lado quienes realizan atribuciones internas de los resultados negativos, y por tanto altas puntuaciones en locus de control interno. Como ya se ha mencionado, también se encontraron factores que se asociaban negativamente con la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, estos factores son tener alta autoestima, alto fatalismo, altas puntuaciones en sociabilidad y en deseabilidad social.

**4.** Estimar la prevalencia poblacional andaluza de trastornos y rasgos de personalidad y su comorbilidad y correlatos con trastornos depresivos a partir del estudio regional PISMA-ep.

En el estudio regional PISMA-ep se obtuvieron resultados sobre la prevalencia de trastorno de personalidad altamente probable en población general, utilizando un novedoso método de muestreo. Se examinó un número mucho menor de rasgos de personalidad que en el estudio ESEMeD, haciendo hincapié en la impulsividad y el neuroticismo; aún así, este análisis ha arrojado datos interesantes que nos indican que no todos los rasgos de personalidad patológicos tienen el mismo peso a la hora de incrementar el riesgo de padecer trastornos de personalidad, ya que unos se asocian con mucha más fuerza con los trastornos de personalidad que otros.

En el estudio PISMA-ep, se examinaron numerosos correlatos en una muestra de población general en la provincia de Granada, y se observó que existen ciertos factores que podrían estar actuando como factores de riesgo para padecer trastornos de personalidad. Se encontró que las mujeres contaban con un riesgo incrementado

de padecer este tipo de trastornos, lo mismo ocurre con las personas que han sufrido abuso psicológico durante la infancia, aquellas personas que cuentan en su familia más cercana con antecedentes de trastorno mental, aquellos que en el último año han estado expuestos a algún evento vital amenazante, o las personas que tienen un riesgo de moderado a elevado de suicidio. Por otra parte, también se encontraron algunos factores que se asocian negativamente con la probabilidad de padecer un trastorno de personalidad. Aquellas personas que presentan buenos estados de salud física o psicológica, aquellas personas con alta funcionalidad o con un buen funcionamiento en memoria de trabajo o fluidez verbal parece que tienen un riesgo disminuido de padecer trastornos de personalidad.

**Finalmente**, es importante añadir que aunque se pueden destacar **limitaciones** a estos estudios, probablemente la principal limitación es que todos estos estudios son de corte transversal, y por tanto no nos permiten conocer la direccionalidad de las relaciones, solo nos permiten conocer las asociaciones entre los factores, y aunque hemos hablado de factores que probablemente incrementen el riesgo o disminuyan el riesgo de padecer alguno de los trastornos no podremos confirmar esta relación hasta que se lleven a cabo estudios longitudinales que comprueben estas relaciones. Estos estudios son de gran importancia, puesto que es sabido que la prevalencia y el coste de los trastornos depresivos es muy elevada, y como hemos podido comprobar en nuestros estudios la prevalencia de los trastornos de personalidad probablemente sea más elevada de lo que hasta ahora se ha considerado, y por tanto conocer los elementos que incrementan o disminuyen los riesgos de padecer estos trastornos es de gran trascendencia, ya que aportaría modos de prevenir y combatir ambos tipos de trastornos.

---

# CAPÍTULO VI

## CONCLUSIONES

1. Los trastornos del ánimo son altamente comórbidos con los trastornos de personalidad. En nuestra muestra clínica, los trastornos de personalidad pertenecientes al clúster B fueron los más frecuentes. Los trastornos de personalidad del clúster A eran más frecuentemente comorbidos con el trastorno de depresión mayor mientras que entre los pacientes con trastornos del clúster B y C el trastorno del ánimo más frecuente era la distimia.
2. En nuestra muestra clínica, los trastornos de personalidad más frecuentes entre los adultos menores de 65 años fueron los trastornos 'no especificados', mientras que los trastornos del clúster A fueron los más prevalentes entre los adultos mayores de 65 años. Los trastornos de ansiedad y depresivos fueron los trastornos del Eje I más frecuentemente comórbidos entre los menores de 65 años, mientras que entre los mayores de 65 años los trastornos comórbidos más frecuentes eran los trastornos psicóticos.
3. Todos los clústers de trastornos de personalidad, así como el trastorno de personalidad límite, se asocian positivamente con la probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad, tanto para prevalencia vida como para prevalencia a doce meses. En nuestra muestra, los trastornos del clúster B muestran las asociaciones más fuertes, asociándose con especial fuerza con prevalencia a doce meses de depresión doble.
4. Los rasgos de personalidad de neuroticismo, agresión suerte, impulsividad, locus interno de control, justicia y poder se asociaron con un riesgo potencialmente más elevado de padecer un trastorno del ánimo.

5. Altos niveles de auto-estima, fatalismo, sociabilidad y deseabilidad social se asociaron con un riesgo potencialmente menor de desarrollar un trastorno depresivo.
6. La prevalencia estimada de trastorno de personalidad altamente probable para la provincial de Granada es del 17.9%.
7. Los factores que se asocian positivamente con este constructo son los trastornos del ánimo, los rasgos de personalidad de neuroticismo e impulsividad, ser mujer, haber sufrido abuso psicológico en la infancia o eventos vitales amenazantes en el último año, tener un riesgo moderado de suicidio y una historia familiar de trastornos mentales.
8. Finalmente, tener un mejor estado de salud emocional o física, niveles más elevados de funcionalidad, mejores puntuaciones en fluidez verbal y memoria de trabajo se asocian inversamente con la probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad altamente probable.

---

# CAPÍTULO VII

## DISCUSSION

## DISCUSSION

---

This chapter is divided into separate sections dedicated to discuss each of the studies included in this thesis.

### *VII.I.1. COMORBIDITY BETWEEN PERSONALITY DISORDERS AND DEPRESSIVE DISORDERS*

We aimed to examine the nature of the associations between personality disorder clusters and mood disorders, functionality and mental health services use. Our results have the advantage of providing empirical evidence on these associations as observed in a clinical personality disorder sample. We globally found that mood disorders are generally frequent among personality disorders and that this was particularly the case when both cluster B and C were considered. We also found that, as could be clinically expected, cluster B patients attended out-patient clinics and emergency rooms significantly more frequently, whilst cluster A patients were admitted more frequently and had the poorest global functionality. The main advantage of the study is the relatively large sample of patients all of which had been diagnosed with personality disorder as their main diagnoses regardless of them having or not an additional axis I diagnosis. The study also has a number of limitations that are typical in studies based on clinically recorded medical notes although our computerized HCI system made fairly systematic data collection by homogeneously trained consultant psychiatrists. Nonetheless, extrapolation of results should not be made as the sample is clearly over-selected and coming from a secondary-care pool of patients.

We found that out of the total sample, including patients with not otherwise specified personality disorder (31% of the sample), patients with a cluster A diagnosis (16.29% of the total sample) the most frequent mood disorder was major depressive disorder, which is not what happens in the other two clusters; in cluster B (35.66% of the sample) and in cluster C (17.02% % of the sample) there was a higher frequency of dysthymia. This is in line with previous literature. This also happens when we consider all the personality disorders as a single group, that is, we can see that dysthymia appears in 18.9% of all patients independently of what personality cluster they belong to, while major depressive disorder appears only in 11.6% of all patients. Patients with



a cluster A personality disorder diagnosis were the less frequent, representing 16.29% of the sample. The fact that we have found a lower prevalence of dysthymia in our sample does not support previous findings<sup>(88)</sup>. According to these authors patients with dysthymia have more cluster A disorders. However, Kool et al (2000) considered mayor depressive disorder and double depression, this is the presence of both major depressive disorder and dysthymia, not just the presence of dysthymia on its own, what could partially explain the difference with our results as we analyzed them separately. To our knowledge; there are no other studies that have found the same results as Kool et al. (2000) whilst many support ours. In this cluster, when we consider the presence of any type of mood disorder we can see that patients with paranoid personality disorder are the most frequent as previously suggested.

Cluster B personality disorders were the most frequent, with double the frequency than the other two clusters. Most patients with a mood disorder in this cluster suffered either from a histrionic or borderline disorder, a finding similar to that reported elsewhere<sup>(41)</sup>. We must say that in previous literature both these disorders have been found only in non-melancholic depression<sup>(52,165)</sup>, and as we have not differentiated between different types of depression it's possible that these personality disorders are overrepresented, just as other authors have found<sup>(41,1)</sup>. Nonetheless we have not come across any similar studies that have found such a high prevalence of histrionic patients, as normally the most common disorder associated to mood disorders in this cluster is borderline disorder<sup>(41,71)</sup>. Also in cluster B we found a clearly higher prevalence of patients with dysthymia, affecting 23.7% of the patients.

As for patients with a diagnosis in cluster C, we can say that they follow a very similar pattern of comorbidity to that found in cluster B patients, which is to say that there are more comorbid with dysthymia than mayor depressive disorder. The most frequently diagnosed personality disorder in this cluster was dependent personality disorder, this, again validates our method as it has also been reported in many studies<sup>(140-142)</sup>. As a matter of interest showing the importance of exploring mood comorbidity in personality disorder, it has been consistently reported that patients with a mood disorder that also have a cluster C personality disorder have a worse response to treatment, take longer to respond and are more likely to become chronic cases<sup>(65,143-146)</sup>.

Finally, our findings on comparative functionality are within the expected, with cluster A patients functioning significantly worse and requiring more hospital admissions, demonstrating the relatively higher severity of some of these personality disorders, such as the paranoid type<sup>(147,71)</sup>. On the whole our findings presented here add some light to knowledge about comorbidity among axes I and V with personality disorders and mood disorders, they also stress the importance of comprehensive assessment of personality disorders as comorbidity conveys important implications for treatment and general outcome.



Sample with personality disorder

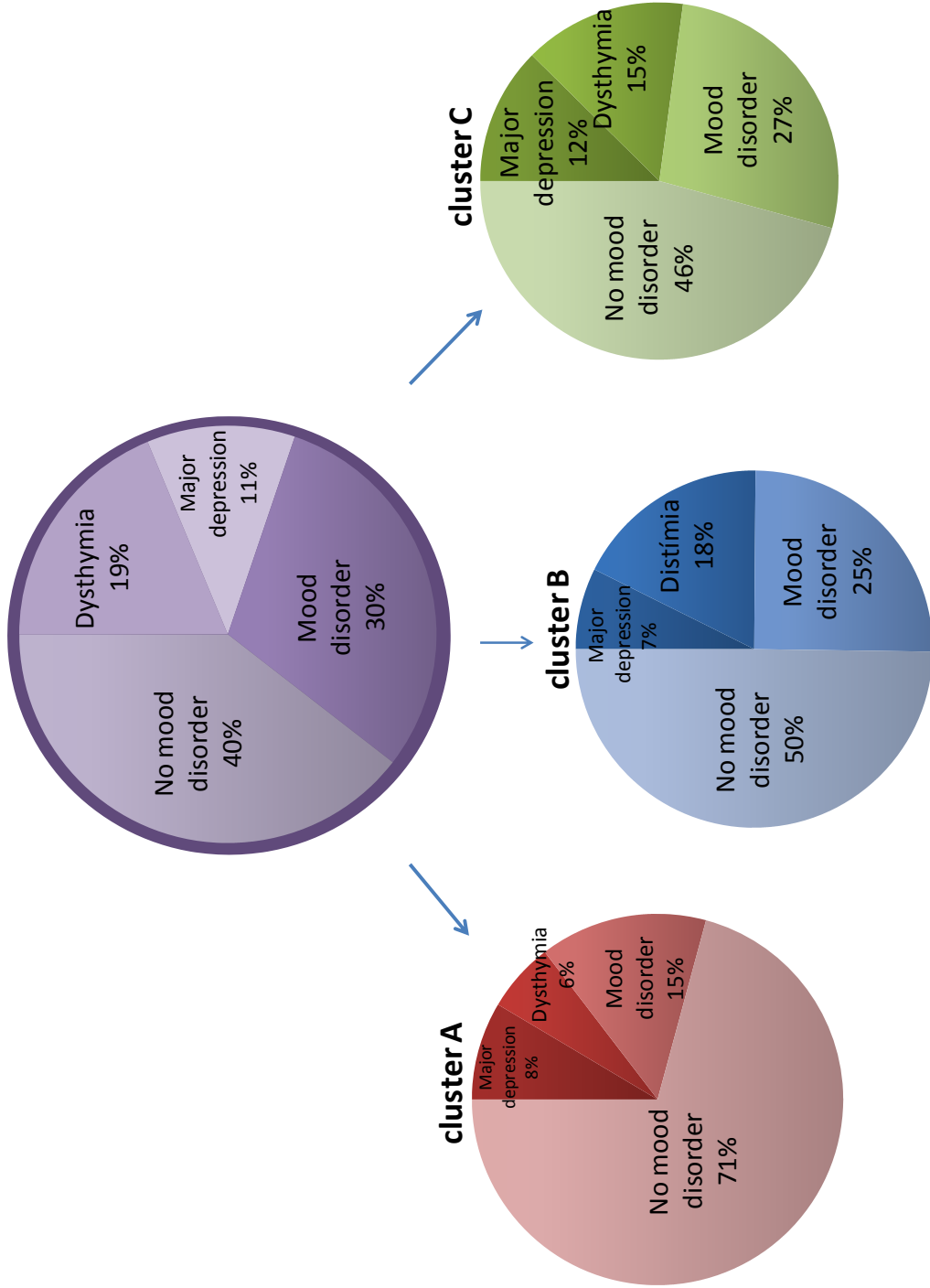


Figure 1. Summary of results from the study conducted on patients of the Sant Joan de Deu Hospital- Serveis de Salut Mental.



## *VIII.2. COMPARATIVE STUDY OF PERSONALITY DISORDERS IN YOUNGER VS. ELDER ADULTS*

We have found clear differences between both age groups. In people over the age of 65 there is a clear predominance of disorders belonging to cluster A, whilst among the younger population the most frequent disorders are those from cluster B and NOS (Not otherwise specified). We also found that it's more frequent for younger people to have a personality disorder as the main diagnosis, whilst among the elder it's more likely for the personality disorder to be a secondary diagnosis, making up for only 17.6% of cases as main diagnosis. As for comorbidity with Axis I, we also found differences: in patients over 65 the most frequent comorbid diagnoses were psychotic disorders, but in the younger population there was a higher comorbidity with mood and anxiety disorders. The most frequent personality disorders in the younger group were NOS personality disorders, followed by histrionic and borderline, but among the elders the most common were paranoid, histrionic and schizoid. Finally, our results about functioning and use of health services were to be expected: functioning was lower for the elders, and their use of health services was higher than the younger.

Our results show a predominance of cluster B and NOS personality disorders (probable cluster B if a in depth assessment were to be made) in the under 65 year olds, which is quite different from what happens in the over 65 year olds, as in this group cluster A is more frequent. This reduction of cluster B in the elders supports Eysneck<sup>(148)</sup> as he considered that as people age there is a reduction of neuroticism and extraversion, as well as better impulse control. The predominance of cluster A in the elders is in agreement with the results that Abrams y Horowitz<sup>(96)</sup>. According to them many cluster C diagnoses in older people can be the result of sub-clinical depressive symptoms, which is frequent in the elder, as at this age people have to face important stressors such as loss of health, independence and social relations.

There is a slight predominance of males in the group of elder people, whilst in the younger group there are more women. In previous studies, results have been contradictory, so these results probably aren't of great importance.

A third of the group of the younger people present personality disorders as their main diagnosis, whilst among the elders personality disorders are only the main diagnosis in 17.6% of the group. This could be due to personality disorders being under-diagnosed in the elderly, and because the behaviors that characterize personality disorders are less flamboyant in the elderly, and because elderly patients seldom go to psychiatric consultation if there are no Axis I symptoms.

In people under the age of 65, the most frequent comorbid disorders from Axis I are mood and anxiety disorders, which is different from what we find in people over 65, which are most frequently comorbid with schizophrenia and other psychotic disorders, followed at a distance by mood disorders. This could be because elders with more negative or residual psychotic symptoms could be difficult to diagnose and it's easy to get it confused with cluster A personality disorders. On the other hand Christenson y Blazer<sup>(149)</sup> described that moderate paranoid symptoms are quite frequent in the elderly, which could be emphasized in people who had been diagnosed in their youth as cluster A, which could lead clinicians to diagnose them as late onset schizophrenia or other psychotic disorders.

When we examined comorbidity between clusters and Axis I in over 65 year olds we found an important association between cluster B, cluster C and NOS personality disorder with mood disorders. Cluster A presents a very strong association with schizophrenia and other psychotic disorders, which could be in concordance with the results we explained above.

In people under 65 years old, NOS personality disorder is most frequent, followed by histrionic and borderline personality disorders. In the elderly paranoid and histrionic were most common, followed by schizoid, which similar results to what Abrams y Horowitz (96) obtained. It seems inconsistent to find such a high prevalence

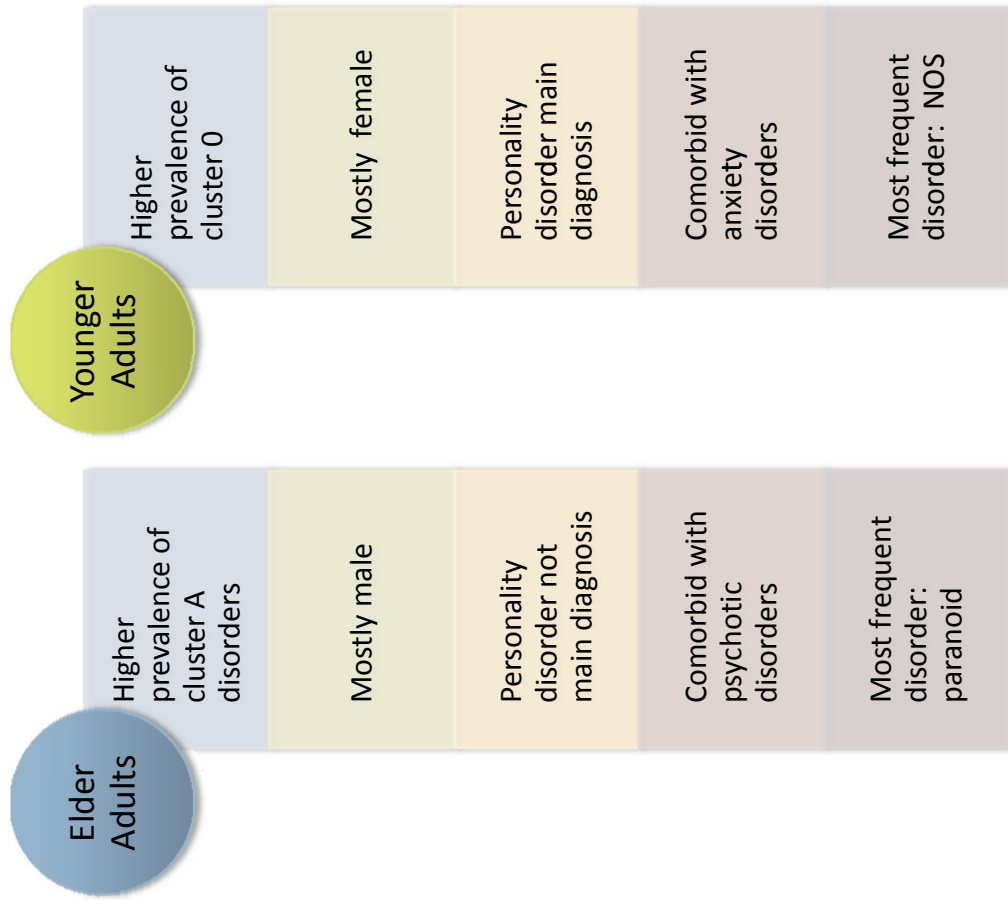
of histrionic disorder in the elders, because as we have explained before immature cluster B symptoms are reduced in the elderly but flamboyant behaviors are increased in the elderly. This could be misleading and could result in confusing the frequent and well founded somatic complaints of the elderly with overly dramatic behavior, immature attention grabbing and other histrionic personality symptoms.

Our results show that there are clear differences in the presentation of personality disorders in elderly and younger people. These differences include as much the types of disorders as well as comorbidity with Axis I. Our results are especially interesting as there is a high prevalence of personality disorders at any age, but they should be especially considered at older ages due to the effects they have on other diagnoses and because they are especially hard to identify clearly, due to the lack of specific assessment tools. We think our data highlights the importance of understanding the need to understand how personality and its disorders behave in the elderly, as well as the importance of developing specific assessment tools adjusted to diagnose at this age.





**Figure 2.** Main differences between elder and younger adults





## VII.II. GENERAL POPULATION STUDIES

---

### *VII.II.1. EUROPEAN ESEMeD STUDY ABOUT PREVALENCE, COMORBIDITY AND CORRELATES OF PERSONALITY DISORDERS*

We aimed at exploring comorbidity between depressive disorders and both personality disorder clusters and traits in a representative European sample and found that all three clusters have an influence on the appearance of depressive disorders, although this influence changes depending on the type of prevalence and disorder. To the best of our knowledge, this is the first study to examine this topic using both a pan-European sample and a combination of personality disorder traits and clusters.

Our results show that Cluster A has a stronger influence on double depression than on any other depressive disorder; it has been significantly associated in both lifetime and 12 month prevalence, both before and after adjusting data. This is in concordance with previous literature <sup>(88)</sup>, as it has been found previously that major depressive disorder patients with dysthymia tend to present more Cluster A disorders and also are more avoidant, although this finding is not widespread, and previous authors have explained it in terms of a measurement bias. This could be due to the fact that people with double depression could, on the surface, share some of the symptoms presented by Cluster A patients. People with anhedonia or who don't enjoy social interactions due to their emotional state could come across as being cold and distant, which is what in some cases people with Cluster A personality disorders seem to be like. This similitude could be an explanation for the large presence of Cluster A in our DD sample.

We examined Cluster B personality disorders and Borderline personality disorder separately. We observed that in our sample Cluster B personality disorders have the strongest influence on all three types of depressive disorder, showing very high ORs. The presence of borderline personality disorder also had a consistent

influence on the development of depressive disorders although this personality disorder seemed to have less of an influence on the development of depressive disorders than any of the clusters. Traditionally it has been Cluster C that has been most often associated to depressive disorders, due to their avoidant and dependant nature, but it is also interesting to consider that the problems that Cluster B personality disorders can create in personal relationships could be considered a risk factors. As we will discuss further along, we have found that sociability and social desirability often appear as protective factors for all three depressive disorders, and on the other hand we have found that aggression is a possible risk factor. The latter often appears in people with Cluster B personality disorders. When participants that show depressive disorders also show Cluster B personality disorders we could consider that their problems in social interaction could be at the base of this connection, as they are being exposed to a higher number of risk factors, and also seem further away from attaining protective factors.

Cluster C has been presented most often in previous literature as the cluster with the strongest influence on depressive disorders. This is due to its avoidant-dependent nature; we must also consider that in this cluster there is a depressive personality disorder included. So it's not very surprising that we have found it to influence all three depressive disorders for either prevalence. Although, as we have mentioned above, in our results we have not found it to have the strongest influence, in our study we have found his to be true for Cluster B.

The personality trait that appears most consistently and strongly as risk factor, in our results, is neuroticism. Neuroticism has been reported either together or separately from other traits as being a common risk factor for mood disorders. Special attention has been paid to the role neuroticism plays as a factor that can influence comorbidity<sup>(150,151)</sup>, onset<sup>(107,152-155)</sup>, recurrence<sup>(20)</sup>, response to treatment<sup>(57,107,138)</sup>, severity<sup>(156)</sup> and outcome<sup>(55)</sup> of mood disorders<sup>(59)</sup>. In our results the influence of neuroticism is maintained for both lifetime and 12 month prevalence. According to our results other personality traits that seem to have an influence on the appearance of depressive disorders are aggression, sociability, luck, impulsivity, internal locus of control, social desirability, justice and power, although the evidence for these depends

on the type of disorder and prevalence. On the other hand, we have found several traits that could be described as protective factors, mainly self-esteem, fatalism, sociability and social desirability.

These results are congruent with the main cognitive theories on depression. Having low self-esteem has been associated to depression as one of its main features<sup>(157)</sup>, although it has not been cleared until recently that it is a risk factor<sup>(158,159)</sup> and not just a consequence of having been depressed. It is also interesting to find that other protective factors have to do with social aspects. Sociability or extroversion appear to be protective factors, and this is congruent with models that consider introversion to be a factor that influences phenomenology and course of depression<sup>(160,161)</sup>.

An interesting finding has been that fatalism has appeared frequently as a protective factor for double depression, both in lifetime and 12 month prevalence. We consider this result to be demonstrative of a measurement bias, as we have not been able to find any previous literature to support this idea. This trait has been assessed with just three questions, and therefore we consider them to be too few, as they may lead to this sort of results, that could be confusing.

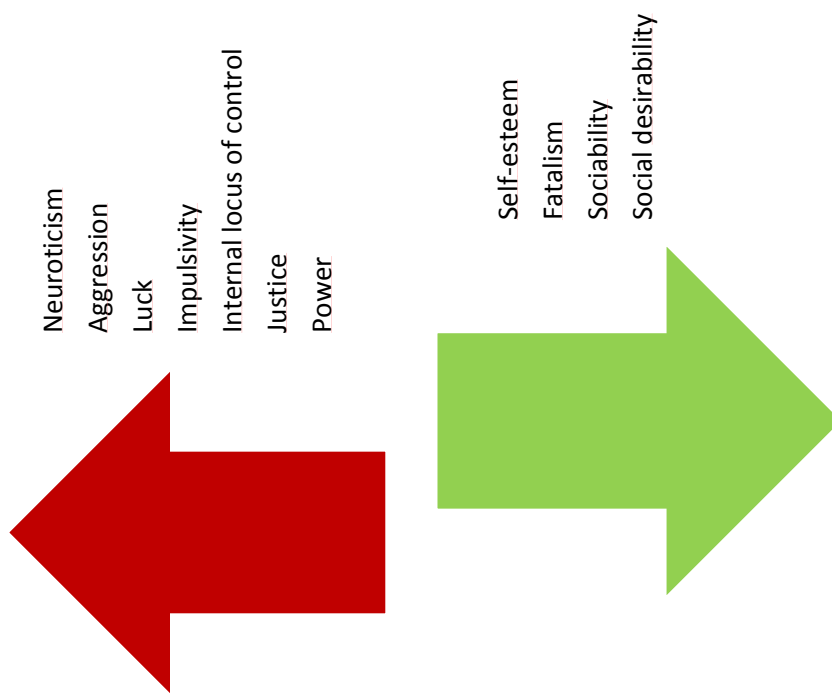
The main advantages in our study are that we have examined, in a large general population sample from several European countries, two types of prevalence, both lifetime and 12 month, we have also studied three types of depressive disorders, and both personality traits and disorders that may be influencing the appearance of depressive disorders. This last advantage is probably the most significant, as it has allowed us to analyze a large spectrum of factors that may be influencing the appearance of depressive disorders both as protective factors and as risk factors.

The main limitations of this cross-sectional study is that sub-sampling for personality testing within the ESEMED cohort was based on a random sub-sample of those participants who had a spouse available, which might have limited the overall representativeness of our sample. In addition, the personality sections used to identify personality traits were short adaptations of larger trait scales what might have lead to biased estimations of some of these traits. Nonetheless, they constitute the validated

personality sections within the CIDI <sup>(166)</sup>. Finally, we should also take into account the limitations of all cross-sectional studies, including not allowing to establish direction of causality.

Future studies in this area should explore more personality traits that could be influencing the appearance of depressive disorders. We have presented data on some traits that have not been reported before and therefore shine a new light on to other traits that could be having an effect as risk factors to depressive disorders, but there is a need for further research as the extent of their influence is as yet unknown. The more we know about possible risk factors the better our clinical interventions can be made. It is also of great importance to find possible protective factors as prevention of depressive disorders is as important as correct treatment.

**Figure 3.** Factors that may be increasing or decreasing the probability of developing a depressive disorder.







## *VII.II.2. ANDALUSIAN PISMA-ep STUDY ABOUT PREVALENCE, COMORBIDITY AND CORRELATES OF HIGHLY PROBABLE PERSONALITY DISORDERS*

The present study set out to estimate global HPPD prevalence in a community based general population sample of the province of Granada, as well as to find out the mean scores of personality traits in the community, and what potential factors influence the risk for HPPDs, with a special focus on mood disorders. Thus, we assessed 809 community-dwelling participants on sociodemographic data, a large group of potential risk factors, mood disorders and personality.

We found that 17.9% of the population included in our study is at risk of having HPPD, as defined by a score of 4 or above on the SAPAS questionnaire. This prevalence is higher than has been proposed for prevalence of PDs in other community samples, which is estimated to be about 10%<sup>(30,162)</sup>. This may be due to the use of a very short screening questionnaire instead of a more thorough diagnostic one. The authors of the SAPAS consider that people that have a score of 3 or above are at a risk of 90% of having a PD<sup>(116)</sup>, albeit such cut-off emerged from a different, clinically-based sample.

On the other hand it is interesting to have this result as it shows that the presence of HPPDs in general population could be higher than previously thought, and possibly that, even when categorically measured PDs could be much less prevalent, there are latent HPPDs dimensions affecting a wider range of the population. This is an important epidemiological result that can support the need for new approaches to PDs diagnosis as those newly suggested by DSM-5. Thus, this new proposed model is a mixed dimensional-categorical model that stresses the importance of personality functioning, especially in two areas: self and interpersonal. This new model helps to explain what it is that tips the balance between having and not having a PD, in as much as it explains that having pathological personality dimensions isn't enough to diagnose someone with a PD, we also need to know how these dimensions are affecting a person's functionality (<http://www.dsm5.org>).

Indeed, we examined global functionality using G.A.F., and found that a high score could be a protective factor against HPPD, but we have not assessed the specific areas of self and interpersonal functioning that could have a larger impact on the development of a PD than global functionality. Future studies should assess a sample of participants with SAPAS as well as the Levels of Personality Functioning Scale to be able to establish a connection between scores on SAPAS and PDs as they are now being defined by DSM-5.

We also aimed at examining potential risk factors for HPPDs, with special emphasis on mood disorders. We have studied mood disorders thoroughly and consider their role as potential (cross-sectional) risk factors, as opposed to what has been reported previously<sup>(19,52,68,152,154,163)</sup>. Having included such a large range of mood disorders has allowed us to examine some that don't get paid much attention such as mood disorder with psychotic features, which in our analysis had the strongest influence of all on the development of HPPD. This finding needs replication, as this type of disorder is rare, our prevalence was just 0.7%, and is considered the most severe form of mood disorder<sup>(167)</sup>, but also because, to the best of our knowledge, this association has not been reported before. The rest of the mood disorders we examined that associated with the appearance of HPPD did so less strongly, although they all increased the risk for HPPD by at least 3-fold.

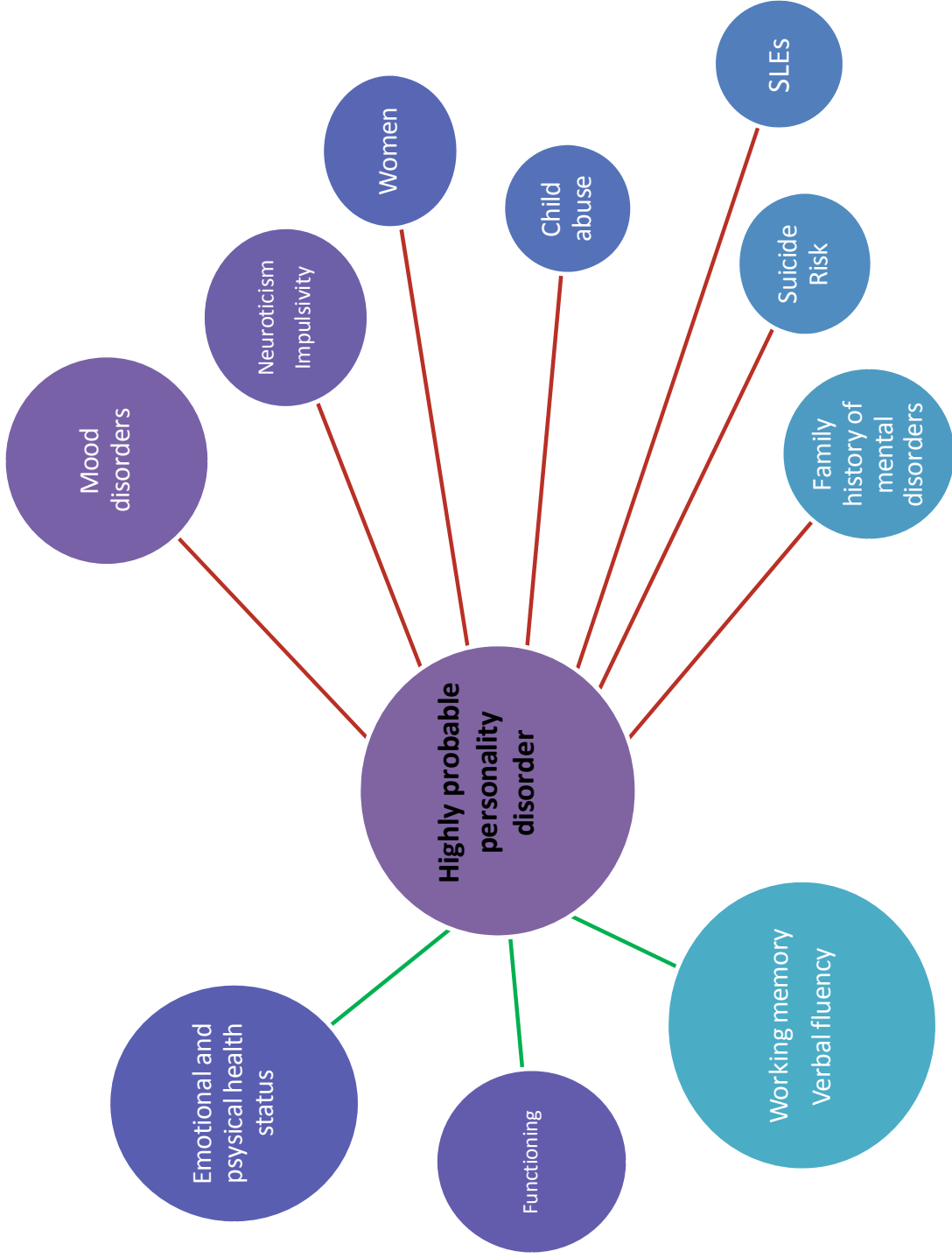
As for personality traits, we have again used a novel approach in which we examined how the presence of certain personality traits can influence the appearance of HPPD. Both of the traits we examined associated strongly with the development of HPPD, especially in the case of impulsivity, which increased the risk for HPPD by more than 35 times. Neuroticism does also associate strongly with HPPDs. These findings illustrate the importance of studying the influence of personality traits on PDs, an issue that has been surprisingly neglected by previous studies PD. This could have some implications for prevention of PDs, as some widely available psychotherapeutic approaches have shown to be able to target impulsivity and/or neuroticism relatively effectively what, in turn, may minimize the emergence of HPPDs. All these risk factors that we have reported could be included in a model for assessment of risk to develop a PD. It seems like the most important indicators to look for are mood disorders with

psychotic symptoms and personality traits such as impulsivity or neuroticism. Other potential risk factors we included in our analysis that associate with HPPD include being female, having a family history of mental disorders, having suffered psychological abuse during childhood, having suffered at least one threatening life event in the past year and having a moderate risk of suicide. All these risk factors have been reported before influencing both PDs and other mental disorders<sup>(164)</sup>.

We have found that HPPDs are common among the community population and have identified certain potential risk factors that could increase the risk for HPPD. Some of these risk factors, we pose, can be acted upon, hence minimizing the potential risk for HPPDs. Our results also seem to be congruent with the new, more-dimensional perspectives for PD diagnosis proposed by the DSM-5 and herald the importance to take into account both personality functioning and pathological personality traits in the assessment of persons with PD.



**Figure 4.** Factors that associate with an increased (on the right) or decreased (on the left) risk of developing a HPPD.





In an attempt to be as clear as possible, this discussion has been divided into sections regarding each one of the specific aims of this thesis.

**1.** To establish the association between personality and depressive disorders. To establish the association and possible risk/protective effects of personality traits in the occurrence of depressive disorders

This aim is very ample and has been approached in all the studies included in this thesis. On one hand we have wanted to examine the prevalence of personality disorders in different samples and on the other to get to know the correlates of personality and depressive disorders, to do this several studies have been carried out. To be able to deal with this aim two studies were conducted on clinical populations and another two on general population. Both the clinical population studies were conducted at the Sant Joan de Déu Hospital in the province of Barcelona. Participants included in these studies were all patients diagnosed with a personality disorder by a clinician. Their data was obtained using a systematic computerized method from their clinical histories, as well as other relevant data. The studies conducted with this information have produced results about comorbidity of personality clusters with other Axis I disorders. It has also been possible to realize that personality disorders are more frequently comorbid with different disorders depending on the patient's age, as comorbidity does not work the same in younger and elder adults. Comorbidity has also been examined in the general population studies. In the ESEMeD study comorbidity of the different personality clusters with depressive disorders was examined, taking into account major depression, dysthymia and double depression, whilst in the PISMA-ep study comorbidity was examined with a much larger group of depressive and anxious disorders, that included some forms of these disorders that are not very frequent but are very severe, such as major depression with psychotic symptoms.



**2.** To compare the distribution and comorbidity of personality disorders in a clinical sample composed of younger and elder adults.

The results obtained in the comparative study of younger and elder adults has shown that there are clear differences between both these groups in reference to how personality disorders distribute at different ages as well as to what disorders are more commonly comorbid depending on age. In younger adults not otherwise specified personality disorders are most common, whilst elders are more likely to have a cluster A diagnosis. We've also been able to establish that younger adults are more likely to have a comorbid mood or anxiety disorder, whilst elder adults have a different relationship with Axis I disorders, as they are more likely to have comorbid psychotic disorders.

**3.** To estimate the European prevalence of personality disorders and traits as well as their comorbidity and correlates with depressive disorders, based on the international ESEMeD Study.

In the European ESEMeD study data was collected on an ample sample of general population participants from five European countries. A large number of personality traits were examined. Some of the personality traits examined seem to increase the probability of developing a depressive disorder, whilst others associate negatively with the probability of developing one of these disorders. When personality correlates for depressive disorders were examined several factors were found to associate positively or negatively with the probability of developing a depressive disorder. Certain personality traits seem to increase the probability of developing a depressive disorder, these factors are to have high scores on neuroticism, high aggression, high scores on luck, impulsivity, justice and power, as well as people that make internal attributions of negative events, and therefore have an internal locus of control. As mentioned before, factors that associate negatively with the probability of

developing a depressive disorders were also found, these factors are to have a high self esteem, high scores on fatalism, sociability and social desirability.

**4.** To estimate the European prevalence of personality disorders and traits as well as their comorbidity and correlates with depressive disorders, based on the Andalusian PISMA-ep Study.

In the regional PISMA-ep study it has been possible to estimate the prevalence, in the province of Granada, of highly probable personality disorder in general population, using a novel sampling method. In the PISMA-ep study a much smaller number of personality traits were examined, paying special attention to neuroticism and impulsivity, even so, this analysis has produced some interesting data that indicates that not all pathological personality traits have the same ability to increase the risk of developing a personality disorder, as some associate much more strongly than others with personality disorders.

In the PISMA-ep study numerous factors were examined in a community dwelling sample of participants from Granada, it was observed that there are certain factors that could be possible risk factors for developing a personality disorder. It was found that females have an increased risk of developing this type of disorder. The same applies to people who have suffered psychological abuse during childhood, those who have a close family history of mental disorders, people who have suffered a stressful life event in the past year and those who have a moderate to high risk of suicide. On the other hand, some factors that associate negatively to personality disorders were also found. People who have good physical and emotional health status, those who are classed as high functioning are all associated negatively with the probability of developing a personality disorder.

**Finally**, although there are **limitations** to these studies, probably the most important one is the fact that all these studies are transversal, and therefore do not allow us to know the directionality of the relationships, they only allow us to know the associations between the factors, and although some factors seem to act as probable risk or protective factors for certain disorders we will not be able to confirm this association until longitudinal studies examine these relationships. It's of great importance to conduct these studies in the future, as it's well known that the prevalence and costs of depressive disorders is very high, and as we have shown in our studies, the prevalence of personality disorders is probably higher than previously considered. Due to this it's important to know the elements that can increase or decrease the probability of occurrence of these sorts of disorders, as it would allow us to know how to best prevent and treat them.

### CONCLUSIONS

1. Mood disorders are highly comorbid with personality disorders. Among our clinical sample cluster B personality disorders were the most prevalent. Cluster A personality disorders tended to be comorbid with major depressive episode whilst among cluster B and C personality disordered patients dysthymia was the most commonly comorbid mood disorder.
2. Among our clinical sample, the most prevalent personality disorder groups in younger-than-65 adults were “not otherwise specified” and cluster B personality disorders, whilst cluster A was the most prevalent group among older-than-65 adults. Affective and Anxiety disorders were the most frequently comorbid axis I conditions found among younger-than-65 personality disorder patients, whilst Psychotic disorders were most common among the older group.
3. All personality disorder clusters, as well as borderline personality disorder associate positively with the probability of developing a depressive disorder, both for lifetime and 12 month prevalence. In our sample, cluster B personality disorders show the strongest associations, associating especially strongly with 12 month double depression prevalence.
4. Neuroticism, Aggression Luck, Impulsivity, Internal Locus of Control, Justice and Power were all personality traits that associated with a higher potential risk for mood disorders.
5. Higher levels of self-esteem, fatalism, sociability and social-desirability were associated with a lower potential risk for mood disorders.

6. The estimated prevalence of Highly Probable Personality Disorder in the Province of Granada is 17.9%.
7. Factors positively associated with such construct were mood disorders, personality traits such as neuroticism and impulsivity, being female, having suffered psychological child abuse or stressful life-events over the past year, suicidal risk and family history of mental disorders.
8. Finally, better physical or emotional health status, higher functionality levels, higher scores on verbal fluency and working memory measures were all factors inversely associated with Highly Probable Personality Disorder.

---

## REFERENCIAS

- (1) Baca Baldomero E, Roca Bennasar M. Personalidad y trastorno de la personalidad: historia y evolución de los conceptos. In: Roca Bennasar M, editor. Trastornos de personalidad. 1st ed. Barcelona: Wyeth; 2004. p. 3-32.
- (2) Allport G. Personality. A psychological interpretation. New York: Holt, H.; 1937.
- (3) Nuttin J. La structure de la personnalité. Paris: Presses Universitaires de France; 1965.
- (4) Spearman C. "General intelligence " objectively determined and measured. Am J Psychol 1904;15:201-292.
- (5) Webb E. Character and intelligence. British Journal of Psychology Monograph Supplement 1915;3:1-113.
- (6) Garnett J. On certain independent factors in mental measurements. Proceedings of the Royal Society of London Series A-Containing Papers of a Mathematical and Physical Character 1919 SEP;96(675):91-111.
- (7) Digman JM. The curious history of the Five-Factor Model. In: Wiggins JS, editor. The Five-Factor Model New York: Guilford; 1996.
- (8) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders First Edition. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
- (9) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2nd Edition. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1967.
- (10) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- (11) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- (12) Roberts B, Walton K, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies RID A-2285-2008. Psychol Bull 2006 JAN;132(1):1-25.
- (13) Millon T, Davis R. An evolutionary theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF, editors. Major Theories of Personality Disorder New York: Guilford; 1996. p. 221-346.
- (14) Clark LA. Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. In: Cloninger R, editor. Personality and psychopathology Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1999. p. 219-244.

- (15) Eysenck H. Dimensions of Personality 1st ed. London: Routledge and Kegan Paul; 1947.
- (16) Cloninger C. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants - a Proposal. Arch Gen Psychiatry 1987 JUN;44(6):573-588.
- (17) Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma A, Maser J, editors. Anxiety and the anxiety disorders Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1985.
- (18) Eysenck H.J. Personality and individual differences. a natural science approach. New York: Plenum; 1985.
- (19) BOYCE P, PARKER G, BARNETT B, COONEY M, SMITH F. Personality as a Vulnerability Factor to Depression. British Journal of Psychiatry 1991 JUL;159:106-114.
- (20) Berlanga C, Heinze G, Torres M, Apiquian R, Caballero A. Personality and clinical predictors of recurrence of depression. Psychiatric Services 1999 MAR;50(3):376-380.
- (21) Depue R, Collins P. Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. Behav Brain Sci 1999 JUN;22(3):491-+.
- (22) Zuckerman M. Psychobiology of personality. New York: Cambridge University Press; 1991.
- (23) Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001 NOV 2001;158(11):1783-1793.
- (24) Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? J Affect Disord 1999 JUN 1999;53(3):211-215.
- (25) Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: Differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. J Affect Disord 2008 MAR 2008;106(3):241-248.
- (26) Conley J. The Hierarchy of Consistency - a Review and Model of Longitudinal Findings on Adult Individual-Differences in Intelligence, Personality and Self-Opinion. Personality and Individual Differences 1984;5(1):11-25.
- (27) Merikangas KR, WEISSMAN M. Epidemiology of DSM-III Axis II personality disorders. In: Frances AJ, Hales RE, editors. Annual Review Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press; 1986. p. 258-278.
- (28) Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007 SEP 15 2007;62(6):553-564.



- (29) Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *Int Rev Psych* 2011;23(3):223-233.
- (30) Samuels J, Eaton W, Bienvenu O, Brown C, Costa P, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002 JUN;180:536-542.
- (31) Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2003 JAN;182:S3-S10.
- (32) Oldham J, Skodol A. Personality-Disorders in the Public-Sector. *Hospital and Community Psychiatry* 1991 MAY;42(5):481-487.
- (33) Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005 OCT;162(10):1911-1918.
- (34) Zimmerman M, Mattia J. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999 OCT;156(10):1570-1574.
- (35) Bienvenu OJ, Stein MB, Samuels JF, Onyike CU, Eaton WW, Nestadt G. Personality disorder traits as predictors of subsequent first-onset panic disorder or agoraphobia. *Compr Psychiatry* 2009 MAY-JUN;50(3):209-214.
- (36) Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised Narsarc Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. *J Personal Disord* 2010 AUG;24(4):412-426.
- (37) Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *J Anxiety Disord* 2006;20(4):408-426.
- (38) Jackson H, Burgess P. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000 DEC;35(12):531-538.
- (39) Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 2006 MAY 2006;188:423-431.
- (40) Grant BF, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Stinson FS, Dawson DA, et al. Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions RID B-6155-2011. *Mol Psychiatry* 2009 NOV;14(11):1051-1066.
- (41) Corruble E, Ginestet D, Guelfi J. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *J Affect Disord* 1996 APR 12;37(2-3):157-170.

- (42) Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M. The Implications of Dsm-iii Personality-Disorders for Patients with Major Depression. *J Affect Disord* 1984;7(3-4):309-318.
- (43) Brieger P, Ehrt U, Bloeink R, Marneros A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J Nerv Ment Dis* 2002 MAY;190(5):304-309.
- (44) Gregory R J. Axis I disorders are common in people with severe borderline personality disorder, but decrease with time. *Evidence Based Mental Health* 2005;8:50.
- (45) Petersen T, Hughes M, Papakostas G, Kant A, Fava M, Rosenbaum J, et al. Treatment-resistant depression and axis II comorbidity. *Psychother Psychosom* 2002 SEP-OCT;71(5):269-274.
- (46) Pirkis JE. Borderline personality disorder, drug use disorder, and worsening depression or substance abuse are significant predictors of suicide attempts in people with Axis I and II disorders. *Evidence Based Mental Health* 2004;7:25.
- (47) Reich J. The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: A review. *J Personal Disord* 2003 OCT;17(5):387-405.
- (48) Shea M, Stout R, Yen S, Pagano M, Skodol A, Morey L, et al. Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time RID B-5617-2008. *J Abnorm Psychol* 2004 NOV;113(4):499-508.
- (49) Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Reich D, Silk K. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004 NOV;161(11):2108-2114.
- (50) Abrams R, Alexopoulos G, Young R. Geriatric Depression and Dsm-iii-R Personality-Disorder Criteria. *J Am Geriatr Soc* 1987 MAY;35(5):383-386.
- (51) Black D, Bell s, Hulbert J, Nasrallah A. The Importance of Axis-ii in Patients with Major Depression - a Controlled-Study. *J Affect Disord* 1988 MAR-APR;14(2):115-122.
- (52) Charney D, Nelson J, Quinlan D. Personality-Traits and Disorder in Depression. *Am J Psychiatry* 1981;138(12):1601-1604.
- (53) Mulder R, Joyce P, Luty S. The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2003 MAR;64(3):259-264.
- (54) Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S. Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan. *J Nerv Ment Dis* 1999 APR;187(4):237-242.
- (55) Mulder R. Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *Am J Psychiatry* 2002 MAR;159(3):359-371.

- (56) Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry* 2006 JAN;188:13-20.
- (57) Quilty LC, De Fruyt F, Rolland J, Kennedy SH, Rouillon PF, Bagby RM. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder RID A-3083-2009. *J Affect Disord* 2008 JUN;108(3):241-250.
- (58) Shea M, Widiger T, Klein M. Comorbidity of Personality-Disorders and Depression - Implications for Treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992 DEC;60(6):857-868.
- (59) Duggan C, Lee A, Murray R. Does Personality Predict Long-Term Outcome in Depression. *British Journal of Psychiatry* 1990 JUL;157:19-24.
- (60) Grilo C, Sanislow C, Shea M, Skodol A, Stout R, Gunderson J, et al. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity RID B-5617-2008. *J Consult Clin Psychol* 2005 FEB;73(1):78-85.
- (61) Ilardi S, Craighead W, Evans D. Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 1997 JUN;65(3):381-391.
- (62) Kool S, Schoevers R, de Maat S, Van R, Molenaar P, Vink A, et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2005 NOV;88(3):269-278.
- (63) Kronmuller K, Backenstrass M, Reck C, Kraus A, Fiedler P, Mundt C. Influence of personality characteristics and type on the course of major depression. *Nervenarzt* 2002 MAR;73(3):255-261.
- (64) Rothschild L, Zimmerman M. Personality disorders and the duration of depressive episode: A retrospective study. *J Personal Disord* 2002 AUG;16(4):293-303.
- (65) Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Kuisma S, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *J Affect Disord* 2002 SEP;71(1-3):35-41.
- (66) Joyce P, Mulder R, Luty S, McKenzie J, Sullivan P, Cloninger R. Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry* 2003 JAN-FEB;44(1):35-43.
- (67) Abreu P, Zimmermann PR, Ceitlin LH, Petrillo MI, Prates de Lima L, Olichowski A. Co-morbidity of affective disorders and personality disorders. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines* 1991;19:81-87.

(68) Cheour M, Tabbene K, Khiari G, Douki S. Influence of personality disorder on the course of manic-depressive illness. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique* 1999 JAN-FEB;25(1):73-76.

(69) Stankovic Z, Saula-Marojevic B, Potrebic A. Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatria Danubina* 2006;18:159-168.

(70) Gunderson J, Morey L, Stout R, Skodol A, Shea M, McGlashan T, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions RID B-5617-2008. *J Clin Psychiatry* 2004 AUG;65(8):1049-1056.

(71) Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997 APR;95(4):336-342.

(72) Gunderson JG, Stout RL, Sanislow CA, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, et al. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *J Affect Disord* 2008 NOV;111(1):40-45.

(73) Ramklint M, Ekselius L. Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J Affect Disord* 2003 JUN;75(1):35-42.

(74) Bronisch T, Hecht H. Major Depression with and without a Coexisting Anxiety Disorder - Social Dysfunction, Social Integration, and Personality Features. *J Affect Disord* 1990 NOV;20(3):151-157.

(75) Casey P, Meagher D, Butler E. Personality, functioning, and recovery from major depression. *J Nerv Ment Dis* 1996 APR;184(4):240-245.

(76) Spijker J, de Graaf R, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Ormel J. Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? *Depress Anxiety* 2007;24(7):472-478.

(77) Shea M, Pilkonis P, Beckham E, Collins J, Elkin I, Sotsky S, et al. Personality-Disorders and Treatment Outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research-Program. *Am J Psychiatry* 1990 JUN;147(6):711-718.

(78) Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T, Jonker K, Hoencamp E, Haffmans PM. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders* 2007;104:119-126.

(79) Newman J, Ewing S, McColl R, Borus J, Nierenberg A, Pava J, et al. Tridimensional personality questionnaire and treatment response in major depressive disorder: a negative study. *J Affect Disord* 2000 JAN-MAR;57(1-3):241-247.

(80) Block J, Block J, Gjerde P. Personality Antecedents of Depressive Tendencies in 18-Year-Olds - a Prospective-Study. *J Pers Soc Psychol* 1991 MAY;60(5):726-738.

- (81) Patience D, Mcguire R, Scott A, Freeman C. The Edinburgh Primary-Care Depression Study - Personality-Disorder and Outcome. *British Journal of Psychiatry* 1995 SEP;167:324-330.
- (82) Peselow E, Robins C, sanfilipO M, Fieve R, Block P. Sociotropy and Autonomy - Relationship to Antidepressant Drug-Treatment Response and Endogenous Nonendogenous Dichotomy. *J Abnorm Psychol* 1992 AUG;101(3):479-486.
- (83) Reich J. Effect of Dsm-iii Personality-Disorders on Outcome of Tricyclic Antidepressant-Treated Nonpsychotic Outpatients with Major Or Minor Depressive Disorder. *Psychiatry Res* 1990 MAY;32(2):175-181.
- (84) Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, et al. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1999 MAY;99(5):332-340.
- (85) Sanderson W, Wetzler S, Beck A, Betz F. Prevalence of Personality-Disorders in Patients with Major Depression and Dysthymia. *Psychiatry Res* 1992 APR;42(1):93-99.
- (86) Weissman M, Leaf P, Bruce M, Florio L. The Epidemiology of Dysthymia in 5 Communities - Rates, Risks, Co-Morbidity, and Treatment. *Am J Psychiatry* 1988 JUL;145(7):815-819.
- (87) Bienvenu O, Samuels J, Costa P, Reti I, Eaton W, Nestadt G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004;20(2):92-97.
- (88) Kool S, Dekker J, Duijsens I, de Jonghe F. Major depression, double depression and personality disorders. *J Personal Disord* 2000 FAL;14(3):274-281.
- (89) Pepper C, Klein D, Anderson R, Riso L, Ouimette P, Lizardi H. Dsm-iii-R Axis-i Comorbidity in Dysthymia and Major Depression. *Am J Psychiatry* 1995 FEB;152(2):239-247.
- (90) Hayden E, Klein D. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: The effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry* 2001 NOV;158(11):1864-1870.
- (91) Martin P, Baenziger J, MacDonald M, Siegler IC, Poon LW. Engaged Lifestyle, Personality, and Mental Status Among Centenarians. *Journal of Adult Development* 2009 DEC;16(4):199-208.
- (92) Hultsch D, Hertzog C, Small B, Dixon R. Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? RID B-5004-2008. *Psychol Aging* 1999 JUN;14(2):245-263.

- (93) Agronin M, Maletta G. Personality disorders in late life - Understanding and overcoming the gap in research. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2000 WIN;8(1):4-18.
- (94) Kunik M, Mulsant B, Rifai A, Sweet R, Pasternak R, Zubenko G. Diagnostic Rate of Comorbid Personality-Disorder in Elderly Psychiatric-Inpatients. *Am J Psychiatry* 1994 APR;151(4):603-605.
- (95) Cervilla J, Merino A, Vilaplana M. A comparative study of personality disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics* 2003;15:21-22.
- (96) Abrams R, Horowitz S. Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *J Personal Disord* 1996 FAL;10(3):271-281.
- (97) Engels G, Duijsens I, Haringsma R, van Putten C. Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: A cross-sectional study of community residents and mental health patients. *J Personal Disord* 2003 OCT;17(5):447-459.
- (98) Agronin M. Personality-Disorders in the Elderly - an Overview. *J Geriatr Psychiatry* 1994;27(2):151-191.
- (99) De Girolamo G., Reich J.H. Personality disorders. Geneva: World Health Organization; 1993.
- (100) Phillips K.A., Gunderson J.G. Personality disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors. *Textbook of psychiatry* Washington: American Psychiatric Press; 1994. p. 701-728.
- (101) Gazquez Linares JJ, Perez Fuentes MdC, Lucas Acien F, Yuste Rossell N. Prevalence of Mental Disorders among older people. *Anales De Psicologia* 2008 DEC;24(2):327-333.
- (102) Abrams RC, Bromberg CE. Personality disorders in the elderly. *Psychiatric Annals* 2007 FEB;37(2):123-127.
- (103) Devanand D, Turret N, Moody B, Fitzsimons L, Peyser S, Mickle K, et al. Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2000 SUM;8(3):188-195.
- (104) Ernst C, Angst J. Depression in Old-Age - is there a Real Decrease in Prevalence - a Review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995 SEP;245(6):272-287.
- (105) Vilaplana M, McKenney K, Riesco MD, Autonell J, Cervilla JA. Depressive comorbidity in personality disorders. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental* 2010 JAN-MAR;3(1):4-12.

(106) Devanand D, Singer T, Nobler M, Turret N, Sackeim H, Roose S. Is Dysthymia a Different Disorder in Elderly Individuals. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1994 SUM;2(3):262-262.

(107) Duberstein PR, Palsson SP, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychol Med* 2008 MAY;38(5):663-671.

(108) De Portugal E, Gonzalez N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *European Psychiatry* 2008 MAR;23(2):125-133.

(109) Kessler R, Abelson J, Demler O, Escobar J, Gibbon M, Guyer M, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004;13(2):122-139.

(110) Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the composite international diagnostic interview version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2006;15(4):167-180.

(111) Loranger A, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, CHANNABASAVANNA S, et al. 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* 1994 MAR;51(3):215-224.

(112) Zuckerman M. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. In: De Raad M, Perugini M, editors. *Big Five Assessment* Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 2002. p. 377-396.

(113) Barr A. J., Goodnight J. H. *Statistical Analysis System*. 1971.

(114) Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha I, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project RID A-5514-2010 RID B-5582-2009. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:21-27.

(115) Ocaña-Riola R, Sánchez-Cantalejo C. Rurality index for small areas in Spain. *Social Indicators Research* 2005;73:247-266.

(116) Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2003 SEP 2003;183:228-232.

- (117) Mann A, Jenkins R, Cutting J, Cowen P. The Development and use of a Standardized Assessment of Abnormal-Personality Rid A-8911-2011 Rid E-4287-2010. *Psychol Med* 1981;11(4):839-847.
- (118) Brislin RW. The wording and translation of research instruments. In: Lonner WJ, Berry JW, editors. *Field Methods in Cross-Cultural research* Beverly Hill: Sage Publications; 1986. p. 137-164.
- (119) Aluja A, Rossier J, Garcia LF, Angleitner A, Kuhlman M, Zuckerman M. A cross-cultural shortened form of the ZKPQ (ZKPQ-50-cc) adapted to English, French, German, and Spanish languages. *Personality and Individual Differences* 2006 SEP 2006;41(4):619-628.
- (120) Wu YX, Wang W, Du WY, Li J, Jiang XF, Wang YH. Development of a Chinese version of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire: Reliabilities and gender/age effects. *Social Behavior and Personality* 2000 2000;28(3):241-249.
- (121) Rossier J, Verardi S, Massoudi K, Aluja A. Psychometric properties of the french version of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2008 JAN 2008;8(1):203-217.
- (122) Goma-i-Freixanet M, Valero S, Punti J, Zuckerman M. Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment* 2004 2004;20(2):134-146.
- (123) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998 1998;59:22-33.
- (124) Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Alami KM, Hergueta T, Moussaoui D. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *European Psychiatry* 2005 MAR 2005;20(2):193-195.
- (125) Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000 Setembro, 2000;22(3):106-115.
- (126) Otsubo T, Tanaka K, Koda R, Shinoda J, Sano N, Tanaka S, et al. Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005 OCT 2005;59(5):517-526.
- (127) Rossi A, Alberio R, Porta A, Sandri M, Tansella M, Amaddeo F. The reliability of the mini-international neuropsychiatric interview - Italian version. *J Clin Psychopharmacol* 2004 OCT 2004;24(5):561-563.



- (128) Pino O, Guilera G, Rojo JE, Gomez-Benito J, Bernardo M, Crespo-Facorro B, et al. Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008 FEB 2008;99(1-3):139-148.
- (129) Barona A, Reynolds CR, Chastain R. A Demographically Based Index of Premorbid Intelligence for the Wais-R. *J Consult Clin Psychol* 1984 1984;52(5):885-887.
- (130) Bilbao-Bilbao A, Seisedos N. The efficacy of a formula for estimating premorbid intelligence in the Spanish population. *Rev Neurol* 2004 MAR 1 2004;38(5):431-434.
- (131) National Institute of Mental Health (NIMH). Family Interview for Genetic Studies (FIGS). Washington D.C.: National Institute of Mental Health (NIMH); 1992.
- (132) Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial Reliability and Validity of the Childhood Trauma Interview - a New Multidimensional Measure of Childhood Interpersonal Trauma. *Am J Psychiatry* 1995 SEP 1995;152(9):1329-1335.
- (133) Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences - the Reliability and Validity of a Brief Life Events Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990 JUL 1990;82(1):77-81.
- (134) Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998 NOV 1998;51(11):1171-1178.
- (135) Hall RCW, Hazard SC. Global Assessment of Functioning - a Modified Scale. *Psychosomatics* 1994 MAR-APR 1994;35(2):186-186.
- (136) Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston, Massachusetts; 1996.
- (137) Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods RID A-5514-2010. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2002;11(2):55-67.
- (138) Davidson J, Miller R, Strickland R. Neuroticism and Personality-Disorder in Depression. *J Affect Disord* 1985;8(2):177-182.
- (139) Alnaes R, Torgensen S. Personality and Personality-Disorders among Patients with Major Depression in Combination with Dysthymic Or Cyclothymic Disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1989 APR;79(4):363-369.
- (140) Boyce P, Parker G, Hickie I, Wilhelm K, Brodaty H, Mitchell P. Personality-Differences between Patients with Remitted Melancholic and Nonmelancholic Depression Rid E-2753-2010. *Am J Psychiatry* 1990 NOV;147(11):1476-1483.

(141) Sato T, Sakado K, Sato S. Dsm-iii-R Personality-Disorders in Outpatients with Non-Bipolar Depression - the Frequency in a Sample of Japanese and the Relationship to the 4-Month Outcome Under Adequate Antidepressant Therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993 APR;242(5):273-278.

(142) Skodol A, Stout R, McGlashan T, Grilo C, Gunderson J, Shea M, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) RID B-5617-2008. *Depress Anxiety* 1999;10(4):175-182.

(143) Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Res* 2005 SEP 15;136(2-3):113-121.

(144) Morse J, Pilkonis P, Houck P, Frank E, Reynolds C. Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005 SEP;13(9):808-814.

(145) Viinamaki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. *J Personal Disord* 2003 AUG;17(4):341-350.

(146) Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: A prospective study. *J Personal Disord* 2007 AUG;21(4):371-383.

(147) Alnaes R, Torgersen S. Dsm-iii Personality-Disorders among Patients with Major Depression, Anxiety Disorders, and Mixed Conditions. *J Nerv Ment Dis* 1990 NOV;178(11):693-698.

(148) Eysneck H.J. Personality and aging: an introductory analysis. *Journal of Social Behaviour and Personality* 1987;3:11-21.

(149) Christenson R, Blazer D. Epidemiology of Persecutory Ideation in an Elderly Population in the Community. *Am J Psychiatry* 1984;141(9):1088-1091.

(150) Bienvenu O, Brown C, Samuels J, Liang K, Costa P, Eaton W, et al. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders RID F-8299-2011. *Psychiatry Res* 2001 MAY 10;102(1):73-85.

(151) Boyce P, Mason C. An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Aust N Z J Psychiatry* 1996 FEB;30(1):90-103.

(152) Christensen M, Kessing L. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nordic Journal of Psychiatry* 2006 MAR;60(2):79-88.

(153) Drieling T, van Calker D, Hecht H. Stress, personality and depressive symptoms in a 6.5 year follow-up of subjects at familial risk for affective disorders and controls. *J Affect Disord* 2006 APR;91(2-3):195-203.

(154) Fanous AH, Neale MC, Aggen SH, Kendler KS. A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins RID B-1418-2008. *Psychol Med* 2007 AUG;37(8):1163-1172.

(155) Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression - A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2006 OCT;63(10):1113-1120.

(156) Lozano B, Johnson S. Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *J Affect Disord* 2001 MAR;63(1-3):103-111.

(157) Abramson L, Seligman M, Teasdale J. Learned Helplessness in Humans - Critique and Reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978;87(1):49-74.

(158) Orth U, Robins RW, Roberts BW. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2008 SEP;95(3):695-708.

(159) Franck E, De Raedt R. Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression RID A-3269-2012. *Behav Res Ther* 2007 JUL;45(7):1531-1541.

(160) Verkerk G, Denollet J, Van Heck G, Van Son M, Pop V. Personality factors as determinants of depression in postpartum women: A prospective 1-year follow-up study. *Psychosom Med* 2005 JUL-AUG;67(4):632-637.

(161) Janowsky D.S. Introversion and extroversion: implications for depression and suicidality. *Current Psychiatry Reports* 2001;3(6):444-450.

(162) Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001 JUN;58(6):590-596.

(163) Davidson J, Miller R, Strickland R. Neuroticism and Personality-Disorder in Depression. *J Affect Disord* 1985;8(2):177-182.

(164) Samuels J, Eaton W, Bienvenu O, Brown C, Costa P, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002 JUN;180:536-542.

(165) Davidson J, Miller R, Strickland R. Neuroticism and Personality-Disorder in Depression. *J Affect Disord* 1985;8(2):177-182.

(166) Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

(ESEMeD) project RID A-5514-2010 RID B-5582-2009. Acta Psychiatr Scand 2004;109:8-20.

(167) Tonna M, De Panfilis C, Provini C, Marchesi C. The effect of severity and personality on the psychotic presentation of major depression. Psychiatry Res 2011 NOV 30;190(1):98-102.







## ANEXO 1

---

En este anexo se presenta de modo más detallado las tablas correspondientes al apartado de resultados del estudio ESEMeD





	Sin Ajustar			Ajustado		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Limite	1,277	0,849	1,919	1,674	1,435	1,953
Clúster A	0,894	0,221	3,627	8,993	3,367	24,019
Clúster B	1,989	0,029	137,504	165,209	28,309	964,154
Clúster C	1,237	0,319	4,795	9,826	3,472	27,807
Búsqueda de sensaciones	2,151	0,593	7,805	2,436	0,77	7,706
Impulsividad	0,52	0,158	1,708	2,137	0,801	5,698
Neuroticismo	13,827	4,945	38,664	58,101	23,151	145,813
Agresividad	1,692	0,653	4,379	2,707	1,135	6,454
Actividad	0,398	0,14	1,133	0,614	0,251	1,502
Sociabilidad	0,599	0,159	2,261	0,201	0,079	0,515
Deseabilidad social	1,676	0,378	7,432	0,42	0,123	1,438
Locus de control interno	0,579	0,05	6,684	2,455	0,505	11,947
Suerte	0,286	0,021	3,961	1,502	0,159	14,169
Poder	9,689	1,095	85,726	10,58	2,123	52,719
Autoestima	29,607	2,978	294,387	447,282	78,837	>999,999
Fatalismo	0,329	0,014	7,803	0,351	0,032	3,85
Justicia	2,019	0,321	12,71	0,995	0,218	4,544

**Tabla 1.** ORs ajustadas y sin ajustar para depresión mayor, prevalencia 12 meses. Resaltados en color están los valores de OR que han resultado significativos para este tipo de prevalencia en este trastorno.

	Sin Ajustar			Ajustado		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Límite	0,902	0,444	1,831	1,447	1,146	1,825
Clúster A	0,792	0,084	7,456	5,447	1,305	22,74
Clúster B	29,631	0,006	>999,999	70,026	6,231	787,025
Clúster C	2,189	0,255	18,78	12,165	2,377	62,252
Búsqueda de sensaciones	0,249	0,012	5,038	0,992	0,101	9,773
Impulsividad	1,621	0,354	7,414	2,43	0,342	17,262
Neuroticismo	8,07	1,563	41,664	16,97	6,317	45,586
Agresividad	0,392	0,042	3,68	0,973	0,216	4,389
Actividad	4,755	0,506	44,67	3,24	0,454	23,128
Sociabilidad	1,028	0,014	74,209	0,541	0,012	23,594
Deseabilidad social	0,213	0,013	3,634	0,153	0,015	1,592
Locus de control interno	0,003	<0,001	0,433	0,024	<0,001	1,052
Suerte	16,64	0,052	>999,999	3,196	0,196	52,161
Poder	3,942	0,082	189,454	3,746	0,119	117,629
Autoestima	17,882	0,437	731,565	145,679	3,708	>999,999
Fatalismo	0,066	<0,001	12,274	0,129	0,002	7,154
Justicia	2,046	0,089	46,864	0,667	0,085	5,216

**Tabla 2.** ORs ajustadas y sin ajustar para distimia, prevalencia 12 meses. Resaltados en color están los valores de OR que han resultado significativos para este tipo de prevalencia en este trastorno.

	Sin Ajustar			Ajustado		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Límite	1,177	0,62	2,236	1,799	1,464	2,21
Clúster A	0,842	0,053	13,428	24,038	6,281	91,998
Clúster B	3,212	0,001	>999,999	621,19	39,999	>999,999
Clúster C	19,939	1,411	281,752	71,845	10,815	477,294
Búsqueda de sensaciones	1,329	0,099	17,846	4,341	0,317	59,388
Impulsividad	8,359	1,382	50,562	19,681	3,021	128,195
Neuroticismo	3,438	0,195	60,751	76,411	13,673	427,03
Agresividad	0,269	0,024	2,994	0,668	0,09	4,958
Actividad	0,326	0,053	2,002	0,609	0,08	4,654
Sociabilidad	0,169	0,012	2,434	0,06	0,01	0,38
Deseabilidad social	1,161	0,095	14,19	0,419	0,029	6,121
Locus de control interno	0,045	<0,001	2,819	1,549	0,041	59,135
Suerte	0,579	0,002	204,681	9,673	0,14	667,865
Poder	>999,999	115,797	>999,999	285,83	6,582	>999,999
Autoestima	201,752	0,374	>999,999	>999,999	126,364	>999,999
Fatalismo	<0,001	<0,001	0,115	<0,001	<0,001	0,493
Justicia	4,946	0,008	>999,999	0,371	0,016	8,404

**Tabla 3.** ORs ajustadas y sin ajustar para depresión doble, prevalencia 12 meses. Resaltados en color están los valores de OR que han resultado significativos para este tipo de prevalencia en este trastorno.

	Sin Ajustar			Ajustado		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Límite	1,297	1,033	1,63	1,365	1,198	1,555
Clúster A	1,901	0,702	5,148	5,714	2,632	12,405
Clúster B	0,176	0,011	2,735	16,549	3,659	74,855
Clúster C	1,03	0,347	3,06	3,874	1,981	7,576
Búsqueda de sensaciones	1,266	0,555	2,887	1,337	0,631	2,83
Impulsividad	1,184	0,504	2,782	1,9	1,045	3,456
Neuroticismo	9,357	4,834	18,114	26,632	16,096	44,063
Agresividad	0,64	0,244	1,678	1,139	0,502	2,583
Actividad	0,892	0,398	1,995	0,761	0,383	1,512
Sociabilidad	0,679	0,331	1,391	0,283	0,152	0,527
Deseabilidad social	0,285	0,106	0,765	0,194	0,078	0,482
Locus de control interno	2,397	0,367	15,673	3,24	0,927	11,325
Suerte	0,148	0,021	1,063	0,594	0,116	3,056
Poder	2,261	0,568	8,997	2,327	0,924	5,865
Autoestima	5,17	1,026	26,044	65,704	22,057	195,721
Fatalismo	0,176	0,029	1,059	0,282	0,077	1,04
Justicia	1,949	0,49	7,75	0,638	0,224	1,817

**Tabla 4.** ORs ajustadas y sin ajustar para depresión mayor, prevalencia vida. Resaltados en color están los valores de OR que han resultado significativos para este tipo de prevalencia en este trastorno.

	Sin Ajustar			Ajustado		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Límite	1,196	0,827	1,73	1,312	1,116	1,542
Clúster A	3,641	1,099	12,062	8,728	3,188	23,893
Clúster B	0,169	0,002	12,568	15,245	1,835	126,687
Clúster C	1,181	0,359	3,89	3,723	1,242	11,16
Búsqueda de sensaciones	0,554	0,149	2,054	1,143	0,354	3,694
Impulsividad	2,979	1,341	6,619	3,387	1,485	7,724
Neuroticismo	4,295	1,888	9,773	13,646	7,217	25,802
Agresividad	1,072	0,386	2,978	1,824	0,715	4,654
Actividad	1,726	0,78	3,816	1,251	0,533	2,935
Sociabilidad	0,848	0,199	3,622	0,344	0,101	1,171
Deseabilidad social	0,548	0,126	2,39	0,284	0,071	1,144
Locus de control interno	2,117	0,086	52,108	1,021	0,09	11,513
Suerte	0,311	0,016	6,208	0,382	0,045	3,267
Poder	2,626	0,425	16,211	1,308	0,26	6,576
Autoestima	4,383	0,316	60,864	26,25	3,228	213,463
Fatalismo	0,07	0,003	1,928	0,056	0,007	0,439
Justicia	0,675	0,12	3,784	0,18	0,05	0,649

**Tabla 5.** ORs ajustadas y sin ajustar para distimia, prevalencia vida. Resaltados en color están los valores de OR que han resultado significativos para este tipo de prevalencia en este trastorno.

	Sin Ajustar			Ajustado		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Límite	1,121	0,736	1,708	1,372	1,147	1,641
Clúster A	4,941	1,262	19,349	14,828	4,725	46,538
Clúster B	0,297	0,002	48,843	27,601	2,732	278,852
Clúster C	1,134	0,272	4,73	5,311	1,636	17,245
Búsqueda de sensaciones	0,796	0,182	3,488	1,381	0,357	5,348
Impulsividad	3,83	1,582	9,273	4,798	1,897	12,135
Neuroticismo	4,407	1,224	15,871	16,48	6,398	42,453
Agresividad	1,294	0,441	3,795	1,835	0,62	5,43
Actividad	0,853	0,35	2,078	0,655	0,224	1,914
Sociabilidad	0,485	0,15	1,575	0,15	0,053	0,424
Deseabilidad social	1,444	0,304	6,866	0,565	0,137	2,332
Locus de control interno	11,262	0,61	207,808	5,302	0,572	49,135
Suerte	0,069	0,003	1,414	0,335	0,032	3,548
Poder	11,117	1,488	83,04	4,795	1,097	20,963
Autoestima	9,788	0,546	175,37	91,823	13,134	641,963
Fatalismo	0,022	<0,001	0,65	0,044	0,004	0,463
Justicia	1,481	0,131	16,799	0,302	0,056	1,64

**Tabla 6.** ORs ajustadas y sin ajustar para depresión doble, prevalencia vida. Resaltados en color están los valores de OR que han resultado significativos para este tipo de prevalencia en este trastorno.

## ANEXO 2

---

Cuestionarios de personalidad utilizados en el estudio ESEMeD





### Screening de personalidad de Loranger

Clúster	Dimensión/ escala	Texto del ítem	Opciones de respuesta
<b>B</b>	<b>Trastorno de personalidad límite</b>	Muestro mis sentimientos a todo el mundo. Es esto cierto para Ud. o no?	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Me meto en relaciones muy intensas que no duran en el tiempo	Verdadero Falso No sabe No contesta
		A menudo me siento 'vacío' por dentro	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Tengo muchos cambios de humor	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Dejarme llevar por algunos de mis impulsos me mete en problemas	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Me dan rabietas o arrebatos de ira	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Cuando estoy estresado/a, las cosas a mi alrededor no me parecen reales	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Hago cosas extremas para evitar que la gente me abandone	Verdadero Falso No sabe No contesta
		No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Nunca me han arrestado	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Normalmente me siento mal cuando he herido o disgustado a alguien	Verdadero Falso No sabe No contesta
		En ocasiones me he negado a mantener un empleo, incluso cuando se esperaba que lo hiciera	Verdadero Falso No sabe No contesta

		Estoy dispuesto/a a mentir o engañar a alguien si eso me beneficia	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>C</b>		Me pongo de mal humor y me meto en peleas físicas	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Me arriesgo y hago cosas temerarias	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Me cuesta no meterme en líos	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Mis sentimientos son como el clima, siempre cambiantes	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Permito que otros tomen decisiones importantes por mi	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Normalmente me siento incómodo o desesperado cuando estoy solo	Verdadero Falso No sabe No contesta
		A menudo busco consejo o apoyo para las decisiones cotidianas	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Me mantengo aislado incluso cuando estoy con otras personas	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>A</b>		La gente piensa que soy demasiado estricto/a con las normas y reglas	Verdadero Falso No sabe No contesta
		La gente piensa que soy demasiado rígido o formal	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Me siento incómodo o fuera de lugar en situaciones sociales	Verdadero Falso No sabe No contesta
		La gente a menudo se burla de mi a mis espaldas	Verdadero Falso No sabe No contesta
		Prefiero las actividades que puedo hacer solo	Verdadero Falso No sabe No contesta
		He guardado rencor a algunas personas durante años	Verdadero Falso No sabe No contesta

### Sección de personalidad I

Dimensión/escala	Texto del ítem	Opciones de respuesta
<b>BÚSQUEDA DE SENSACIONES</b>	Soy una persona impulsiva. Es esto cierto para Ud. o no?	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Disfruto adentrándome en situaciones nuevas en las cuales no se puede predecir cómo van a salir las cosas	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Prefiero a los amigos excitantes e impredecibles	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Me gustan las fiestas 'salvajes'	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Me gustaría tener el tipo de vida donde uno está todo el tiempo moviéndose y viajando, con muchos cambios y emociones intensas	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Me gusta hacer las cosas simplemente por lo excitante que sean	Verdadero Falso No sabe No contesta
	A veces me gusta hacer cosas que den un poco de miedo	Verdadero Falso No sabe No contesta
	<b>IMPULSIVIDAD</b>	A menudo me dejo llevar tanto por las cosas e ideas nuevas y emocionantes que no se me ocurren las posibles complicaciones
	A menudo hago cosas impulsivamente	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Antes de comenzar un trabajo complicado, lo planeo cuidadosamente.	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Normalmente pienso las cosas que voy a hacer antes de hacerlas.	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>NEUROTICISMO/ ANSIEDAD</b>	A menudo me siento insegura/o de mi misma/o.	Verdadero Falso No sabe No contesta

	Me emociono con frecuencia.	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Tiendo a ser demasiado sensible y me siento herida/o con facilidad por comentarios y acciones desconsideradas de los demás.	Verdadero Falso No sabe No contesta
	A menudo pienso que la gente que conozco es mejor que yo.	Verdadero Falso No sabe No contesta
	A menudo me preocupo por cosas que las demás personas consideran poco importantes.	Verdadero Falso No sabe No contesta
	No permito que las cosas triviales me molesten.	Verdadero Falso No sabe No contesta
	A menudo me siento incomoda/o o nervioso sin motivos.	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>AGRESIÓN/ HOSTILIDAD</b>	A menudo soy un poco maleducado/a con las persona que no me caen bien	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Cuando me enfado digo cosas feas	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Tengo un temperamento muy fuerte	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Si la gente me molesta no tengo reparos en decírselo	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Siempre soy paciente con los demás incluso cuando me irritan	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Cuando la gente me grita, yo también lo hago	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Cuando estoy enfadado/a con la gente se lo hago saber	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>ACTIVIDAD</b>	Me gusta estar ocupado/a todo el tiempo	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Me gusta quedar agotado/a por el trabajo o con ejercicio	Verdadero Falso No sabe No contesta

	Quando hago cosas las hago con mucha energía	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Me gusta estar haciendo cosas todo el tiempo	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Estoy más ocupado que el resto de las personas	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Me gustan los trabajos complicados que requieren mucho esfuerzo y concentración	Verdadero Falso No sabe No contesta
	No siento la necesidad de estar haciendo cosas todo el tiempo	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>SOCIABILIDAD</b>	Soy una persona muy sociable	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Tiendo a estar incómodo en grandes fiestas	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Tiendo a hablar con la gente cuando estoy en grandes fiestas	Verdadero Falso No sabe No contesta
	En general, me gusta estar solo para que pueda hacer las cosas que quiero sin distracciones sociales	Verdadero Falso No sabe No contesta
	En las fiestas, disfruto hablando con muchas personas sin importar si las conozco o no	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Probablemente paso más tiempo que el que debiera socializando con mis amigos	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Normalmente prefiero hacer las cosas solo/a	Verdadero Falso No sabe No contesta
<b>DESEABILIDAD SOCIAL</b>	‘Nunca he conocido a nadie que me cayera mal’. Es esto cierto para Ud. o no?	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Siempre he dicho la verdad	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Siempre gano en los juegos	Verdadero Falso No sabe No contesta

	Nunca he estado aburrido/a	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Nunca me pierdo, incluso en sitios que no conozco	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Nunca me molesto con las personas que se me cuelan en una fila	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Mis modales en la mesa en casa son igual de buenos que cuando como en un restaurante	Verdadero Falso No sabe No contesta
	Nunca he perdido nada	Verdadero Falso No sabe No contesta
	No importa el frío o el calor que haga, siempre estoy cómodo/a	Verdadero Falso No sabe No contesta
	No me molesta que la gente se aproveche de mi	Verdadero Falso No sabe No contesta

## Sección de personalidad II

Dimensión/ escala	Texto del ítem	Opciones de respuesta
<b>Locus de control interno</b>	Mi vida está determinada por mis propias acciones. Esto es muy cierto, algo, un poco o nada cierto para Ud.?	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Cuando hago planes, casi siempre hago que funcionen ( Esto es muy cierto, algo, un poco o nada cierto para Ud.?)	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Cuando consigo lo que quiero, normalmente se debe a que he trabajado duro para conseguirlo	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Normalmente soy capaz de proteger mis propios intereses	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
<b>Suerte</b>	Cuando consigo lo que quiero, normalmente es porque tengo suerte	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	A menudo, no tengo forma de protegerme de la mala suerte	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	No siempre es bueno que planee las cosas con mucha antelación porque muchas cosas pueden depender de la suerte que tenga	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Creo que el azar y la suerte juegan un papel importante en mi vida	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta



<b>Poder</b>	Siento que lo que ocurre en mi vida está determinado principalmente por gente poderosa	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Mi vida está controlada por otros que son poderosos	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
<b>Autoestima</b>	Por lo general, estoy satisfecho conmigo mismo	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	A veces pienso que no valgo nada	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Desearía poder tenerme más respeto	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	En general, tiendo a pensar que soy un fracasado/a	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Siento que soy una persona valiosa, al menos tanto como los demás	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
<b>Fatalismo</b>	La gente muere cuando les llega la hora y no se puede hacer nada para cambiar eso	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Si pasan cosas malas, es porque debía ser así	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	Todo lo que ocurre es por algo	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta

<b>Justicia</b>	Por lo general, la gente merece lo que le ocurre	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta
	La gente que les pasa algo malo por lo general lo han provocado ellos mismos	Mucho Algo Un poco Para nada No sabe No contesta



## ANEXO 3

---

Versión original y versión española del cuestionario SAPAS



# Standardized Assessment of Personality- Abbreviated Version (SAP-AS)

## Patient Details

Name: \_\_\_\_\_

Sex: M/F (Indicate with a circle)      Birth Date: \_\_/\_\_/\_\_

Ethnicity: \_\_\_\_\_

Main Psychiatric Diagnosis (If there is one): \_\_\_\_\_

---

Please give the following explanation before proceeding with the questions:

*"I would like to ask you a few questions about yourself. Your answers will help me to understand better the way you are normally. If the way you have been like in the last weeks or months is different to what you normally are like, please try to remember how you normally were."*

**Note: Only mark 'Yes' (or in the case of question 3 'No'), if the clients thinks that the description can be applied to them in most occasions/more frequently yes than no and in most situations.**

1. Generally, are you a person who has difficulties finding and maintaining friendship: Please mark
2. Would you *normally* describe yourself as solitary? Y/N
3. Generally, do you trust other people? Y/N
4. Do you *normally* get angry easily? Y/N
5. Are you normally impulsive?  
(For example: Do you rush into most things without thinking about the consequences?) Y/N
6. Do you *normally* worry too much? Y/N
7. Generally, do you depend on others a lot? Y/N
8. Generally, are you a perfectionist?  
(Make sure that this applies to most tasks- not only to isolated areas of his/her life) Y/N



# Valoración Estandarizada de Personalidad- Escala Abreviada (VEP-EA)

## Detalles del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: M/F (marcar con un circulo)      Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Grupo étnico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal (si existe): \_\_\_\_\_

---

Por favor de la siguiente explicación antes de proceder con las preguntas:

*‘Me gustaría hacerle unas preguntas sobre sí mismo. Sus respuestas me ayudarán a comprender mejor cómo es usted normalmente. Si la forma en que usted ha sido en las últimas semanas o meses es diferente a cómo es usted normalmente, por favor remóntese a cómo era usted normalmente’*

**Nota: Sólo marque ‘Sí’ (o en el caso de la pregunta 3 ‘No’), si el cliente piensa que la descripción se aplica a ellos la mayoría de las veces/más a menudo sí que no y en la mayoría de las situaciones.**

Por favor marque

- |  |     |
|--|-----|
| 1. En general, ¿tiene usted dificultades para conseguir o mantener amistades?  | S/N |
| 2. ¿Normalmente se describiría a sí mismo como una persona solitaria?  | S/N |
| 3. En general, ¿confía usted en los demás?   | S/N |
| 4. ¿Normalmente se encoleriza usted con facilidad?   | S/N |
| 5. ¿Es usted normalmente un tipo de persona impulsiva?<br>(Por ejemplo: ¿Se apresura con la mayoría de las cosas sin pensar en las consecuencias?) | S/N |
| 6. ¿Normalmente se preocupa usted en exceso?   | S/N |
| 7. En general, ¿depende usted mucho de los demás?  | S/N |
| 8. En general, ¿es usted perfeccionista?<br>(Asegúrese de que esto se aplica a la mayoría de las tareas- no sólo a áreas aisladas de su vida)      | S/N |





## ANEXO 4

---

Escalas de impulsividad y neuroticismo tomadas del cuestionario ZKPQ, utilizadas en el estudio PISMA-ep



Dimensión/ Escala	Texto del ítem (Si es necesario: ¿Diría que esto es verdadero o falso para usted?)	Opciones de Respuesta
<b>IMPULSIVIDAD</b>	A menudo me dejo llevar tanto por las cosas e ideas nuevas y emocionantes que no se me ocurren las posibles complicaciones	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	A menudo hago cosas impulsivamente	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	Antes de comenzar un trabajo complicado, lo planeo cuidadosamente.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	Normalmente pienso las cosas que voy a hacer antes de hacerlas.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
<b>NEUROTICISMO/ ANSIEDAD</b>	A menudo me siento insegura/o de mi misma/o.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	Me emociono con frecuencia.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	Tiendo a ser demasiado sensible y me siento herida/o con facilidad por comentarios y acciones desconsideradas de los demás.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>

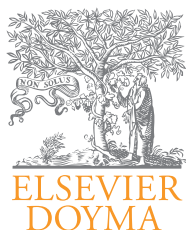
Dimensión/ Escala	Texto del ítem (Si es necesario: ¿Diría que esto es verdadero o falso para usted?)	Opciones de Respuesta
	A menudo pienso que la gente que conozco es mejor que yo.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	A menudo me preocupo por cosas que las demás personas consideran poco importantes.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	No permito que las cosas triviales me molesten.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
	A menudo me siento incomoda/o o nervioso sin motivos.	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>

## ANEXO 5

---

Manuscrito publicado en: Revista de Psiquiatría y Salud Mental sobre comorbilidad depresiva en pacientes con trastornos de personalidad.





## ORIGINAL

# Comorbilidad depresiva en los trastornos de la personalidad

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

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

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

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

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

### PALABRAS CLAVE

Trastornos de personalidad;  
Trastornos depresivos;  
Comorbilidad;  
Pronóstico

### Resumen

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

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

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

**Conclusiones:** Se encontró una alta comorbilidad entre todos los TA analizados y los trastornos de personalidad; esta asociación fue especialmente importante en el *cluster*

© 2009 Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia

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



**KEYWORDS**

Personality disorders;  
 Depressive disorders;  
 Comorbidity;  
 Prognosis

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

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

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

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

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

© 2009 Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

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

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

recaídas e ingresos hospitalarios<sup>30,34,36,43,46-48</sup>, menor apoyo social<sup>28,34,48-51</sup> y tasas elevadas de divorcio y separación<sup>10,14</sup>. Por lo que respecta a la respuesta terapéutica, hay contradicciones entre estudios previos: puesto que algunos afirman que hay una influencia limitada de las variables de la personalidad en la evolución del TDM<sup>27,28,52</sup>, sobre todo en el caso del *cluster C*<sup>42</sup>, mientras que la mayoría resalta una peor respuesta terapéutica a la psicoterapia y/o el tratamiento antidepresivo. Así pues, las tasas de respuesta oscilan entre el 20 y el 49% en los pacientes con TDM con TP comórbido, frente a una tasa superior, de un 49 a un 91% en los pacientes con TDM sin TP<sup>10,28,30,31,53-56</sup>.

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

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

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

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

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

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

## Material y métodos

### Muestra y diagnóstico

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

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

### Diseño

Éste es un estudio de registro de todos los casos detectados por una red de asistencia clínica especializada que fueron registrados mediante el Computerized Clinical History (HCI) del Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental (HCI SJD-SSM).

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

### Variables evaluadas

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

### Análisis estadístico

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

## Resultados

### Descripción de la muestra

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

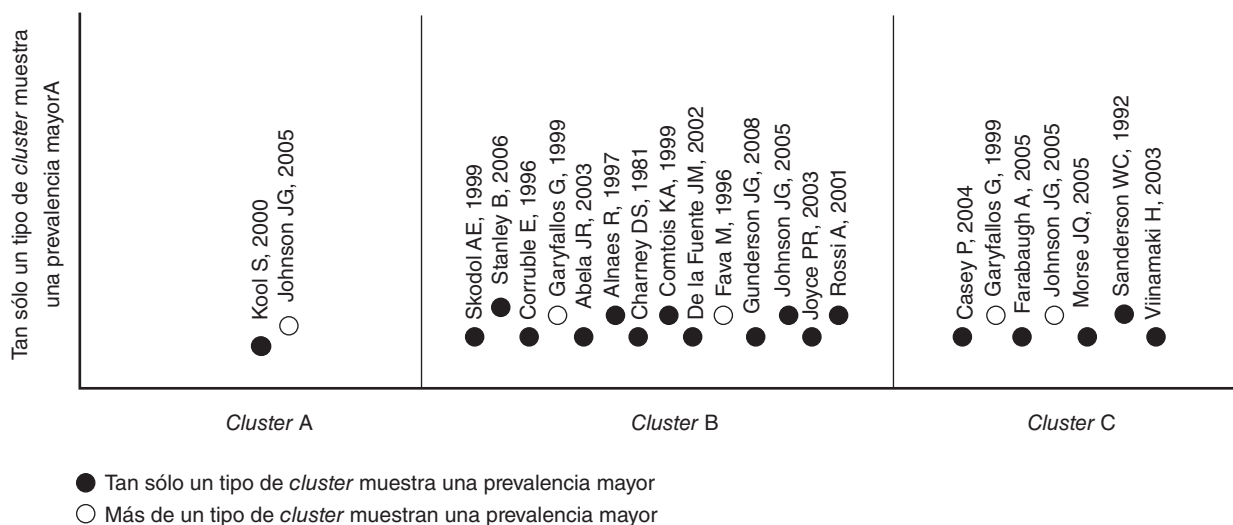


Figura 1 Asociaciones con síndromes depresivos.

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

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

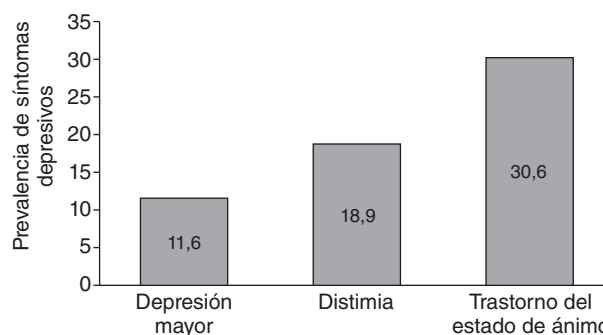
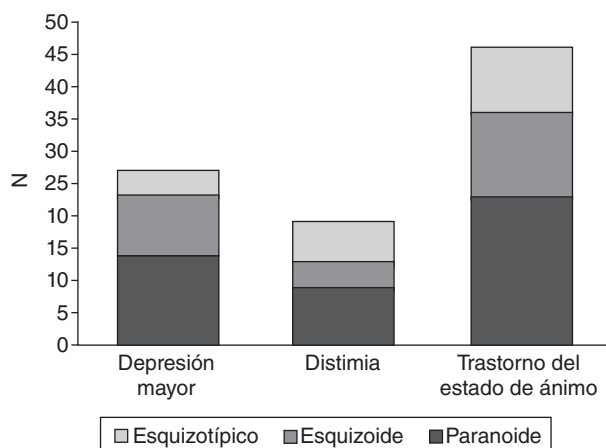


Figura 2 Proporción de individuos con un trastorno de la personalidad especificado que cumplen también los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo que analizamos.

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

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



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

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

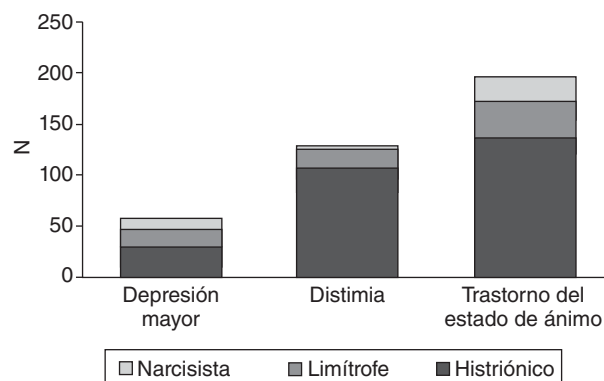
En el análisis de los 590 pacientes de nuestra muestra que presentaban alguno de los 4 TP del *cluster B*, observamos que un 9,83% ( $n = 58$ ) tenía también un TDM de eje I del DSM-IV-TR, un 23,72% ( $n = 140$ ) tenía distimia y un 33,55% algún TA (o bien TDM o bien distimia).

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

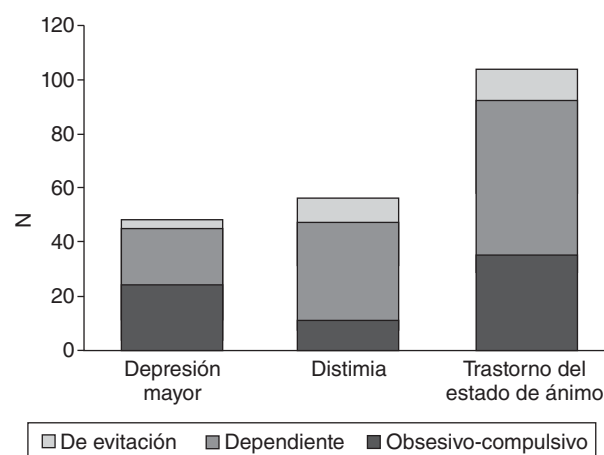
En el 33,5% de los pacientes incluidos en este grupo con algún TA, observamos que 3 tenían un TP antisocial; 36, un TP límite; 136, un TP histriónico, y 23, un TP narcisista (fig. 4).

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

### Clusters de personalidad y función

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

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

### Discusión

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

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

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

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

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

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

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

## Bibliografía

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

33. Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S. Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:237-42.
34. Duggan CF, Lee AS, Murray RM. Does personality predict long-term outcome in depression? *Br J Psychiatry.* 1990;157:19-24.
35. Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Gunderson JG, et al. Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:78-85.
36. Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:381-91.
37. Kool S, Schoevers R, De Maat S, Van R, Molenaar P, Vink A, et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2005;88:269-78.
38. Kronmuller KT, Backenstrass M, Reck C, Kraus A, Fiedler P, Mundt C. [Effect of personality factors and structure on the course of major depression]. *Nervenarzt.* 2002;73:255-61.
39. Rothschild L, Zimmerman M. Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study. *J Personal Disord.* 2002;16:293-303.
40. Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Kuisma S, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *J Affect Disord.* 2002;71:35-41.
41. Abreu P, Zimmermann PR, Ceitlin LH, Petrillo MI, Prates de Lima L, Olichowski A, et al. [Co-morbidity of affective disorders and personality disorders]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1991;19:81-7.
42. Brieger P, Ehrh U, Bloekink R, Marneros A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:304-9.
43. Cheour M, Tabbene K, Khiari G, Douki S. [Influence of personality disorder on the course of manic-depressive illness]. *Encephale.* 1999;25:73-6.
44. Stankovic Z, Saula-Marojevic B, Potrebic A. Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatr Danub.* 2006;18:159-68.
45. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:1049-56.
46. Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:336-42.
47. Gunderson JG, Stout RL, Sanislow CA, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, et al. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *J Affect Disord.* 2008;111:40-5.
48. Ramklint M, Ekselius L. Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J Affect Disord.* 2003;75:35-42.
49. Bronisch T, Hecht H. Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features. *J Affect Disord.* 1990;20:151-7.
50. Casey P, Meagher D, Butler E. Personality, functioning, and recovery from major depression. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184:240-5.
51. Spijker J, De Graaf R, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Ormel J. Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? *Depress Anxiety.* 2007;24:472-8.
52. Newman JR, Ewing SE, McColl RD, Borus JS, Nierenberg AA, Pava J, et al. Tridimensional personality questionnaire and treatment response in major depressive disorder: a negative study. *J Affect Disord.* 2000;57:241-7.
53. Block JH, Gjerde PF, Block JH. Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: a prospective study. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60:726-38.
54. Patience DA, McGuire RJ, Scott AI, Freeman CP. The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. *Br J Psychiatry.* 1995;167:324-30.
55. Peselow ED, Robins CJ, Sanfilippo MP, Block P, Fieve RR. Sociotropy and autonomy: relationship to antidepressant drug treatment response and endogenous-nonendogenous dichotomy. *J Abnorm Psychol.* 1992;101:479-86.
56. Reich JH. Effect of DSM-III personality disorders on outcome of tricyclic antidepressant-treated nonpsychotic outpatients with major or minor depressive disorder. *Psychiatry Res.* 1990;32:175-81.
57. Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, et al. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99:332-40.
58. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res.* 1992;42:93-9.
59. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am J Psychiatry.* 1988;145:815-9.
60. Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, Nestadt G. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety.* 2004;20:92-7.
61. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, De Jonghe F. Major depression, double depression and personality disorders. *J Personal Disord.* 2000;14:274-81.
62. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry.* 1995;152:239-47.
63. Hayden EP, Klein DN. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1864-70.
64. Howland RH. Pharmacotherapy of dysthymia: a review. *J Clin Psychopharmacol.* 1991;11:83-92.
65. De Portugal E, Gonzalez N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry.* 2008;23:125-33.
66. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.<sup>a</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
67. Davidson J, Miller R, Strickland R. Neuroticism and personality disorder in depression. *J Affect Disord.* 1985;8:177-82.
68. Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79:363-9.
69. Boyce P, Parker G, Hickie I, Wilhelm K, Brodaty H, Mitchell P. Personality differences between patients with remitted melancholic and nonmelancholic depression. *Am J Psychiatry.* 1990;147:1476-83.
70. Sato T, Sakado K, Sato S. DSM-III-R personality disorders in outpatients with non-bipolar depression: the frequency in a sample of Japanese and the relationship to the 4-month outcome under adequate antidepressant therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993;242:273-8.
71. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal

- Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10:175-82.
72. Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: a prospective study. *J Personal Disord*. 2007;21:371-83.
  73. Viinamaki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Honkalampi K, Antikainen R, et al. Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. *J Personal Disord*. 2003;17:341-50.
  74. Alnaes R, Torgersen S. DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:693-8.
  75. Abela JR, Payne AV, Moussaly N. Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2003;17:319-29.
  76. Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:752-8.
  77. De la Fuente JM, Bobes J, Vizuete C, Mendlewicz J. Biological nature of depressive symptoms in borderline personality disorder: endocrine comparison to recurrent brief and major depression. *J Psychiatr Res*. 2002;36:137-45.
  78. Farabaugh A, Fava M, Mischoulon D, Sklarsky K, Petersen T, Alpert J. Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2005;46:266-71.
  79. Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1308-12.





## ANEXO 6

---

Manuscrito publicado en: Psicogeriatría sobre el estudio comparativo de trastorno de personalidad en adultos jóvenes vs. adultos mayores.



## Actualización y registro de casos de trastornos de personalidad en el anciano

K. McKenney<sup>a</sup>, J.A. Cervilla<sup>a,b</sup>

**Introducción.** La especial configuración de los factores psicológicos que ocurren en edades avanzadas puede ser difícil de valorar y estar influyendo en los diagnósticos. Los trastornos de personalidad en edades avanzadas continúan siendo un tema inexplorado, existiendo pocos estudios y resultados contradictorios. **Objetivos.** Realizar una breve revisión de la bibliografía y un estudio para determinar la comorbilidad con el eje I en pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad y analizar las posibles diferencias de comorbilidad entre población joven y anciana con un diagnóstico del eje II. **Pacientes y métodos.** Muestra de 2.082 pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad mediante criterios DSM-IV, de los cuales el 9,55% eran mayores de 65 años. Estudiamos los grupos de edad por separado; examinamos diferencias por sexo, por *clusters* de personalidad, por subtipos de personalidad y por la comorbilidad con eje I por edades y *clusters*. También examinamos funcionalidad y consumo de recursos sanitarios. **Resultados.** Hallamos diferencias estadísticamente significativas en los diagnósticos para los grupos de distintas edades, siendo los trastornos más frecuentes entre los ancianos los del *cluster* A, mientras que en los jóvenes fueron los trastornos no especificados. También existían diferencias en la distribución de sexos. El nivel de funcionalidad era menor entre las personas de mayor edad. **Conclusión.** Existe una gran variedad de resultados en esta área, posiblemente debido a problemas para el diagnóstico a estas edades. En el futuro es importante estudiar la personalidad normal en el anciano para poder generar instrumentos válidos.

**Palabras clave.** Anciano. Comorbilidad. Epidemiología. Funcionalidad. Personalidad. Psiquiatría.

### Update and registration of cases of personality disorders in the elderly

**Introduction.** The special makeup of the psychological factors that occur at advanced ages can be difficult to evaluate and may be influencing diagnoses. Personality disorders in the elderly have still not been explored, with few studies on the matter and contradictory findings. **Aims.** To carry out a brief review of the literature and a study in order to determine axis I comorbidity in patients diagnosed with personality disorders and to analyse the possible comorbidity differences between young and elderly populations with an axis II diagnosis. **Patients and methods.** The sample consisted of 2082 patients diagnosed with personality disorders by means of DSM-IV criteria, 9.55% of whom were over 65 years of age. The age groups were studied separately; we tested for differences according to sex, personality clusters, personality subtypes and axis I comorbidity by ages and clusters. Functionality and consumption of health care resources were also examined. **Results.** Statistically significant differences were found in the diagnoses for the different age groups, the disorders being more frequent among the elderly from cluster A, whereas non-specific disorders were the most common in the younger subjects. There were also differences in the distribution of sexes. The level of functionality was lower among the more elderly. **Conclusions.** There is a wide variety of results in this area, possibly due to problems involved in reaching a diagnosis at these ages. In the future it is important to study the normal personality in the elderly in order to be able to generate valid instruments.

**Key words.** Comorbidity. Elderly. Epidemiology. Functionality. Personality. Psychiatry.

<sup>a</sup> CIBERSAM. Universidad de Granada. Centro de Investigaciones Biomédicas. Parque Tecnológico de la Salud.  
<sup>b</sup> Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, España.

#### Correspondencia

Dr. Jorge A. Cervilla  
Ballesteros. CIBERSAM.  
Universidad de Granada.  
Centro de Investigaciones  
Biomédicas. Avda. Madrid,  
11. E-18012 Granada.

**Fax**  
+34 958 240 730.

**E-mail**  
jacb@ugr.es

## Introducción

Las edades avanzadas están asociadas con el declive en numerosas áreas de la vida de las personas (social, económico, físico, cognitivo, etc.), y debido al progresivo envejecimiento de la población, el estudio de este deterioro resulta cada vez más frecuente. Por la especial configuración de los factores psicológicos que ocurren en edades avanzadas, como la mayor exposición a factores de riesgo (pérdida de seres queridos, enfermedades graves, deterioro cognitivo, etc.), es importante conocer bien cómo algunos factores pueden afectar al declive psicológico de las personas, la aparición de los trastornos mentales a estas edades y la comorbilidad existente entre ellos. Se ha visto que la afectación de estas áreas está mediada por numerosos factores que pueden empeorar o mejorar el pronóstico a estas edades [1].

Los factores de personalidad se han propuesto como posibles mediadores de esta relación. Hultsch et al [2] comprobaron que llevar una vida activa y comprometida socialmente, por ejemplo a través del voluntariado, ayuda a mantener el funcionamiento cognitivo elevado en personas mayores, pero esta relación está mediada por factores de personalidad, existiendo factores protectores y precipitantes de este deterioro.

Uno de los principales problemas existentes para la exploración de la personalidad en individuos de avanzada edad es la carencia de instrumentos adecuados para medir estos factores teniendo en cuenta las características especiales de este grupo de población. A estas edades existen factores que pueden ser difíciles de valorar sin una exploración minuciosa y que, a la vez, pueden estar influyendo en los diagnósticos que se producen. Es probable que este problema en la metodología tenga relación con el hecho de que la personalidad y sus trastornos frecuentemente se definen como estructuras estables de comportamiento, que afectan a diversas facetas de la vida del individuo; en su forma patológica son disfuncionales y empeoran el funcionamiento y especialmente la forma de relación con los demás. La creencia en la estabilidad puede afectar negativamente el modo de evaluar estos trastornos en personas mayores porque, como se ha mencionado, existe interacción entre los factores cognitivos y los rasgos de personalidad [1].

Los trastornos de personalidad empeoran el pronóstico de cualquier enfermedad psiquiátri-

ca, aumentando el riesgo de generar una incapacidad mantenida y encareciendo considerablemente los tratamientos. Sin embargo, los trastornos de personalidad en edades avanzadas continúan siendo un tema inexplorado, existiendo pocos estudios y resultados contradictorios. Esto se debe en parte a las grandes dificultades existentes para diagnosticar esta patología en ancianos. Agronin y Maletta [3] exponen tres principales problemas con el diagnóstico de trastornos de personalidad en pacientes ancianos: a) Existen numerosos problemas para obtener una historia longitudinal adecuada por parte de los pacientes ancianos; b) Es necesario considerar que los instrumentos diagnósticos, como las entrevistas estructuradas, no están bien ajustados para su utilización en pacientes mayores; y c) Existe el problema de que la nosología actual del DSM-IV se basa en un modelo categórico que no toma en cuenta los cambios vitales asociados a la edad que pueden afectar al comportamiento, al funcionamiento social y a la personalidad. Todo esto son factores difíciles de valorar y pueden generar confusiones para el diagnóstico en el eje II.

Algunos estudios de esta área se han centrado en la distribución de los trastornos de personalidad en ancianos, pero los datos son contradictorios y confusos. Por ejemplo, Kunik et al [4] sugieren que existe una menor prevalencia de los trastornos del *cluster B*, mientras que Marino et al [5] proponen que los menos frecuentes son los del *cluster C*. Tras un metaanálisis de más de 30 estudios, Abrams y Horowitz [6] no encuentran diferencias significativas en la distribución de estos trastornos. Engels et al [7] realizaron una revisión en la que encontraron diferencias entre la distribución de los trastornos de personalidad entre ancianos en la comunidad y en muestras clínicas, siendo más frecuente hallar trastornos obsesivo-compulsivos y esquizoides en personas mayores que vivían en la comunidad, mientras que entre la población clínica eran más frecuentes los trastornos dependientes, evitadores y paranoides.

Los principales estudios realizados en esta área se han centrado en la prevalencia de estos trastornos en muestras tanto comunitarias como de pacientes. Las prevalencias estimadas a estas edades oscilan entre el 5-10% [8], que se sitúa por debajo de las prevalencias normalmente encontradas en poblaciones de cualquier edad (10-18%) [9,10], aunque no todos los autores coinciden en estos resultados. En la revisión de Engels

et al [7] aparece que la prevalencia tiene un intervalo mucho mayor, pudiendo oscilar entre el 7-65% en muestras no clínicas.

En un estudio reciente realizado en España [11] se ha encontrado que la prevalencia de trastornos de la personalidad en personas mayores de 60 años es del 2,7%. Los autores hallaron que no sólo los trastornos de personalidad tenían una prevalencia tan baja, sino que esto se trasladaba a la mayoría de los demás trastornos mentales. Es posible que la menor prevalencia de los trastornos de personalidad en el anciano pueda deberse a que su presentación cambia, dificultando así el diagnóstico, y a los problemas metodológicos mencionados con anterioridad [3,12].

En general, a todas las edades se encuentra que la mayoría de los trastornos de personalidad aparecen en personas que además sufren un trastorno del estado del ánimo; en los ancianos, esto puede ser especialmente relevante porque se han hallado tasas de comorbilidad con depresión y distimia que llegan hasta el 30% [13].

Los trastornos del ánimo parecen tener una menor prevalencia en personas mayores de 65 años, y además se distribuyen de otra manera. En las poblaciones más jóvenes aparece más frecuentemente el trastorno de depresión mayor que en personas de edad avanzada, y en este grupo son más frecuentes los trastornos más leves, como la distimia o la depresión leve [14]. Por ello resulta interesante prestar atención a la comorbilidad de estos trastornos más leves del estado del ánimo con los trastornos de personalidad.

La distimia en personas jóvenes es el trastorno del estado del ánimo que más frecuentemente se asocia con trastornos de la personalidad [15], pero en personas mayores existen muy pocos estudios. El grupo de Devanand [13,16] ha dedicado varios estudios a la fenomenología de la distimia en personas mayores y ha encontrado que no sólo es diferente en cómo se presenta, sino que cursa más frecuentemente con unos trastornos de personalidad que con otros, específicamente con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y de evitación.

Los trastornos de personalidad comórbidos con trastornos del estado del ánimo con frecuencia se asocian a una peor respuesta al tratamiento, una edad de comienzo más temprana y una mayor gravedad de los síntomas [17-19]. En personas mayores se ha encontrado que existen algunos rasgos de personalidad que pueden incre-

mentar significativamente el riesgo de padecer depresión mayor. Duberstein et al [20] han hallado que las personas mayores que tienen altas puntuaciones en neuroticismo presentan un riesgo incrementado de padecer depresión mayor.

Este dato es muy interesante porque al considerar los rasgos de personalidad estables en el tiempo nos preguntamos cómo las personas que han tenido este rasgo toda su vida y desarrollan depresión mayor cuando son ancianas han estado protegidas en etapas anteriores de su vida. Por esto es importante tener en cuenta los posibles factores protectores que hayan podido estar presentes en épocas anteriores, como un trabajo gratificante o un apoyo social sólido, factores que en edades avanzadas son más difíciles de conseguir y que, además, se suman a otros factores de riesgo, como las enfermedades de larga duración o la pérdida de contactos sociales [20].

La personalidad en el anciano es un aspecto aún muy confuso y poco explorado, y se hace patente la importancia de disponer de buenos instrumentos diagnósticos adaptados a este grupo de edad para poder conocer las prevalencias. Por otra parte, es también necesario poder contar con más estudios que se centren en cómo los factores de personalidad afectan a los trastornos del estado del ánimo a estas edades, no sólo por su alta comorbilidad, sino porque los trastornos del estado del ánimo no se comportan de la misma manera en personas mayores que en grupos poblacionales más jóvenes. La personalidad en el anciano también puede estar mediando en otros procesos específicos de estas edades, como por ejemplo, en el declive cognitivo.

A pesar de estas dificultades decidimos realizar un estudio con el objetivo de determinar la comorbilidad con el eje I en pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad, y analizar las posibles diferencias de comorbilidad entre población joven y anciana (mayor de 65 años) con un diagnóstico del eje II.

## Pacientes y métodos

Conseguimos una muestra de 2.082 pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad mediante criterios DSM-IV, de los cuales 199 (9,55%) eran mayores de 65 años. Estudiamos cada grupo de edad por separado, examinando

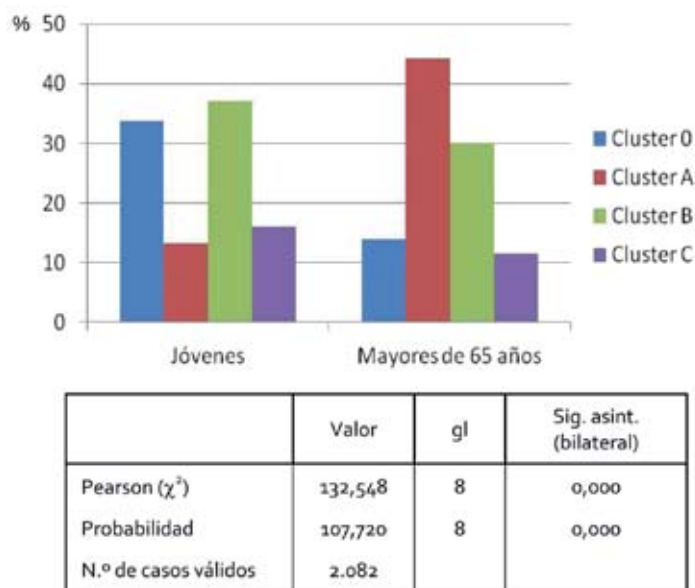


Figura 1. Comparación por *clusters* de trastornos de personalidad entre ambos grupos de edad.

diferencias por sexo, *clusters* de personalidad predominantes, subtipos de personalidad más frecuentes, comorbilidad con el eje I por grupo de edad y por *clusters*, así como el grado de funcionalidad medido con la escala de evaluación funcional general –*Global Assessment Functioning* (GAF)– y el consumo de recursos sanitarios. Tras el estudio estadístico de los resultados se encontraron algunas diferencias significativas entre ambos grupos.

## Resultados

En el grupo menor de 65 años ( $n = 1.883$ ) encontramos que un 33,67% estaban diagnosticados de trastorno de personalidad no especificado, un 37% presentaban un trastorno de personalidad incluido en el *cluster* B, un 16% estaban incluidos en el *cluster* C y sólo el 13,27% pertenecían al *cluster* A. En el grupo mayor de 65 años ( $n = 199$ ), un 44,22% pertenecían al *cluster* A, un 30,15% al *cluster* B, un 11,55% al *cluster* C y un 14% estaban diagnosticados como trastorno de personalidad no especificado (Fig. 1).

En cuanto a las diferencias por sexo encontramos un predominio de mujeres (55,3%) en el grupo de menor edad, mientras que en el grupo de mayores de 65 años predominaban los varones (58,8%).

En el grupo de jóvenes, un 33% tenían el trastorno de personalidad como diagnóstico psiquiátrico principal, ocurriendo esto sólo en un 17,6% del grupo de mayor edad. En cuanto a la comorbilidad con el eje I, los diagnósticos más frecuentes en este eje en el grupo de menores de 65 años fueron los trastornos afectivos (31,1%), los trastornos de ansiedad (15%), la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (11,9%) y los trastornos adaptativos (11,6%); en cambio, en el grupo de mayor edad fueron la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (43,2%), los trastornos afectivos (26,6%) y los trastornos de ansiedad (7,5%). En el grupo de mayores de 65 años estudiamos también la comorbilidad con el eje I en función de cada *cluster* de personalidad, encontrando los siguientes resultados (Fig. 2):

- En el conjunto de pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad no especificado predominaban los trastornos afectivos (32,1%),

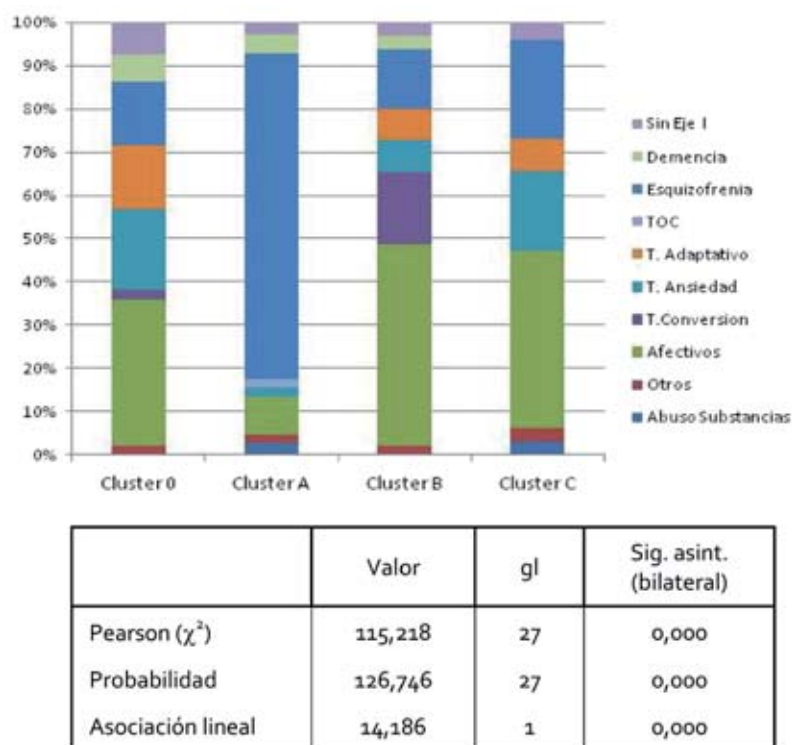


Figura 2. Comorbilidad con el eje I por clusters.

los trastornos de ansiedad (17,8%), los trastornos adaptativos (14,2%) y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (14,2%).

- Entre los pacientes incluidos en el *cluster A* predominaban de forma sorprendente la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (78,4%), seguido de los trastornos afectivos (9,1%) y de las demencias y otros trastornos mentales orgánicos (4,5%).
- El *cluster B* se asociaba con mayor frecuencia a los trastornos afectivos (45%), a los trastornos conversivos, somatomorfos y facticios (16,6%), y a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (13,3%).
- El *cluster C* se asociaba con gran frecuencia a los trastornos afectivos (39%), seguido de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (21,7%) y de los trastornos de ansiedad (17,4%).

En cuanto a los trastornos específicos de personalidad en función de la edad, en el grupo de me-

nores de 65 años los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno de personalidad no especificado (33,67%), seguido del trastorno de personalidad histriónico (15,5%) y del trastorno de personalidad límite (15,24%). En cambio, en el grupo de mayores de 65 años los más frecuentes fueron el trastorno de personalidad paranoide y el de personalidad histriónico (22,6% ambos), seguidos del trastorno de personalidad esquizoi-

de (16%) (Fig. 3). En la tabla se observa que el grado de funcionalidad es menor en el grupo de mayor edad, el cual acude con menor frecuencia a sus visitas ambulatorias pero tiene más ingresos hospitalarios.

### Discusión

Podemos decir que hemos encontrado claras diferencias entre ambos grupos. En las personas



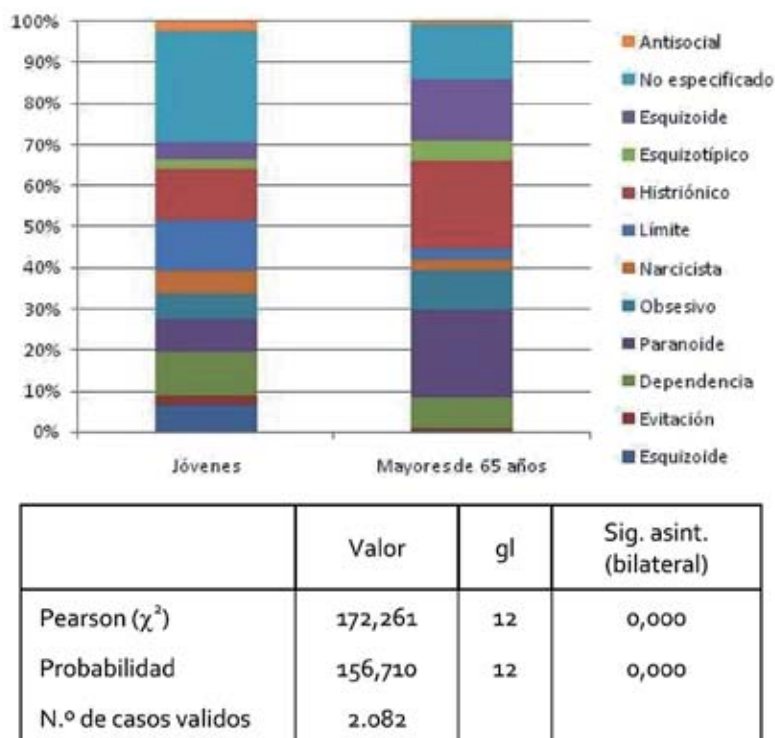


Figura 3. Trastornos de personalidad predominantes según la edad.

mayores de 65 años existe un claro predominio de trastornos pertenecientes al *cluster A*, mientras que entre la población más joven los trastornos más frecuentes son los del *cluster B* y los no especificados. También hallamos que es más frecuente entre los jóvenes que su diagnóstico principal sea de trastorno de personalidad, mientras que en los mayores de 65 años es más frecuente que este diagnóstico sea secundario, constituyendo el diagnóstico principal sólo en el 17% de los casos. En cuanto a la comorbilidad con el eje I, también encontramos diferencias: en los pacientes mayores de 65 años, los diagnósticos concomitantes más frecuentes eran los trastornos psicóticos, mientras que en la población más joven existía una mayor comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad. Los trastornos de personalidad más frecuentes entre la población más joven eran los trastornos no especificados, seguidos del trastorno histriónico y límite, pero entre los mayores de 65 años los más habituales eran los paranoides, histriónicos y el trastorno

de personalidad esquizoide. Finalmente, hallamos los resultados esperables en cuanto a la funcionalidad y el consumo de recursos sanitarios: la funcionalidad era menor en las personas mayores y el consumo de recursos sanitarios en este grupo era mayor que en el de los jóvenes.

Los resultados de nuestro estudio reflejan un predominio del *cluster B* y del trastorno de personalidad no especificado (probable *cluster B* si se hiciera una valoración más exhaustiva) en el grupo menor de 65 años, a diferencia de lo que ocurre en el grupo de mayores de 65 años, entre los que predomina claramente el *cluster A*. Esta reducción del *cluster B* en ancianos apoya el trabajo de Eysneck [21], el cual postula que con la edad se observa una disminución en el neuroticismo y la extraversión, así como un mayor control de los impulsos. El predominio del *cluster A* en ancianos coincide con los resultados obtenidos por Abrams y Horowitz [6], que contrastan con otros trabajos en los que se refleja un predominio del *cluster C* en ancianos. Según Abrams y

**Tabla. Consumo de recursos sanitarios en mayores (n = 199) y menores (n = 1.883) de 65 años y puntuación en la escala GAF de funcionalidad.**

		Media	p
N.º de visitas al centro de salud	< 65 años	23,81	33,84
	> 65 años	14,46	0,000
N.º de visitas a urgencias	< 65 años	1,85	0,000
	> 65 años	1,20	0,305
N.º de visitas al hospital	< 65 años	4,71	0,850
	> 65 años	10,24	0,000
Puntuación GAF	< 65 años	47,76	0,000
	> 65 años	29,08	0,000

Horowitz [6], muchos diagnósticos del *cluster C* en ancianos pueden derivar de sintomatología depresiva subclínica, frecuente en las edades avanzadas, en las que uno se enfrenta a estresores importantes como son la pérdida de la salud, de la autonomía y de las relaciones sociales.

Aparece un ligero predominio de varones en el grupo de ancianos, mientras que en el grupo de jóvenes predominan las mujeres. En estudios anteriores, los resultados son contradictorios, por lo que no parece muy valorable este aspecto.

Un tercio del grupo de menor edad presenta el trastorno de personalidad como diagnóstico psiquiátrico principal, mientras que en el grupo de mayores, sólo el 17,6%. Esto puede deberse a que los trastornos de personalidad están infra-diagnosticados en los ancianos; además, al ser menos llamativas las conductas a estas edades, no es frecuente que se lleve a una persona de esa edad a una consulta psiquiátrica si no existe sintomatología en el eje I añadida.

En el grupo menor de 65 años, la comorbilidad más frecuente con el eje I se da con los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad, a diferencia de lo que encontramos en el grupo de ancianos, entre los que predomina la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido a distancia por los trastornos afectivos. Esto puede deberse a que en ancianos con sintomatología psicótica negativa o residual el diagnóstico pue-

de ser complejo y no es difícil confundirlo con trastornos de personalidad de *cluster A*, más aún cuando el diagnóstico es clínico. Por otro lado, Christenson y Blazer [22] describieron la frecuencia con que aparecen síntomas paranoides moderados en edades avanzadas, lo cual se acentúa aún más en pacientes ya diagnosticados en su juventud como trastorno de personalidad de *cluster A*, llevando a veces al clínico a realizar el diagnóstico de esquizofrenia de inicio tardío u otros trastornos psicóticos.

En el estudio de comorbilidad por *clusters* con eje I en mayores de 65 años, encontramos una asociación importante entre el *cluster B*, el *cluster C* y el trastorno de personalidad no especificado con los trastornos afectivos. El *cluster A*, sin embargo, presenta una elevadísima asociación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, pudiendo ser la explicación de este resultado la citada en el párrafo anterior.

En menores de 65 años, el trastorno de personalidad no especificado es el que aparece con mayor frecuencia, seguido del trastorno histriónico y el trastorno límite de personalidad. En el grupo de ancianos, el trastorno paranoide y el histriónico fueron los más frecuentes, seguidos del trastorno esquizoide de personalidad, resultados similares a los obtenidos por Abrams y Horowitz [6]. Por las explicaciones expuestas a lo largo de este trabajo en cuanto a la reducción de los síntomas inmaduros de *cluster B* con la edad, así como la aparición de sintomatología extravagante en edades avanzadas, parece poco congruente una prevalencia tan alta de trastorno histriónico de personalidad en ancianos. Esto puede derivar de confundir las frecuentes y fundadas quejas somáticas de las personas ancianas, así como su búsqueda de afecto, con teatralidad, llamadas inmaduras de atención y demás síntomas de la personalidad histriónica.

Nuestros resultados demuestran claramente que existen diferencias en la presentación de los trastornos de personalidad en las personas mayores y en grupos poblacionales más jóvenes. Estas diferencias se extienden tanto al tipo de trastornos como a la comorbilidad que presentan con el eje I. Los resultados son muy interesantes debido a la gran prevalencia de los trastornos de personalidad a todas las edades, pero deben tenerse en cuenta especialmente a edades avanzadas debido a los efectos que éstos tienen sobre otros diagnósticos, y por la dificultad en

identificar claramente los trastornos de personalidad en los ancianos ante la falta de instrumentos específicos. Consideramos que estos datos han de tomarse como una llamada de atención sobre la importancia de conocer bien cómo opera la personalidad y sus trastornos a edades avanzadas y también sobre la importancia de disponer de instrumentos ajustados para el diagnóstico a estas edades.

### Bibliografía

1. Martin P, Baenziger J, MacDonald M, Siegler IC, Poon LW. Engaged lifestyle, personality, and mental status among centenarians. *J Adult Dev* 2009; 16: 199-208.
2. Hultsch DF, Hertzog C, Small BJ, Dixon RA. Use it or lose it: engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychol Aging* 1999; 14: 245-63.
3. Agronin ME, Maletta G. Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 4-18.
4. Kunik ME, Mulsant BH, Rifai AH, Sweet RA, Pasternak R, Zubenko GS. Diagnostic rate of comorbid personality-disorder in elderly psychiatric-inpatients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 603-5.
5. Marino A, Riesco L, Vilaplana M, Cervilla JA. Trastornos de personalidad en edades avanzadas. *Interpsiquis* 2003; 2.
6. Abrams RC, Horowitz SV. Personality disorders after age 50: a meta-analytic review of the literature. In Rosowsky E, Abrams RC, Zweig RA, eds. *Personality disorders in older adults: emerging issues in diagnosis and treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1999. p. 55-67.
7. Engels GI, Duijsens IJ, Haringsma R, Van Putten CM. Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: a cross-sectional study of community residents and mental health patients. *J Pers Disord* 2003; 17: 447-59.
8. Agronin ME. Personality-disorders in the elderly –an overview. *J Geriatr Psychiatry* 1994; 27: 151-91.
9. De Girolamo G, Reich JH. *Personality disorders*. Geneva: World Health Organization; 1993.
10. Phillips KA, Gunderson JG. Personality disorders. In Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. *Textbook of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 701-28.
11. Linares JJG, Fuentes MDP, Acien FL, Rossell NY. Prevalence of mental disorders among older people. *Anales de Psicología* 2008; 24: 327-33.
12. Abrams RC, Bromberg CE. Personality disorders in the elderly. *Psychiatr Ann* 2007; 37: 123-7.
13. Devanand DP, Turret N, Moody BJ, Fitzsimons L, Peyser S, Mickle K, et al. Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 188-95.
14. Ernst C, Angst J. Depression in old-age: is there a real decrease in prevalence? –a review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245: 272-87.
15. Vilaplana M, McKenney K, Riesco L, Autonell J, Cervilla JA. Comorbilidad depresiva en trastornos de personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2010; 3: 4-12.
16. Devanand DP, Singer T, Nobler MS, Turret N, Sackeim HA, Roose SP. Is dysthymia a different disorder in elderly individuals? *Am J Geriatr Psychiatry* 1994; 2: 262.
17. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37: 157-70.
18. Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 359-71.
19. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 13-20.
20. Duberstein PR, Palsson SP, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychol Med* 2008; 38: 663-71.
21. Eysneck HJ. Personality and aging: an introductory analysis. *J Soc Behav Pers* 1987; 3: 11-21.
22. Christenson R, Blazer D. Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1088-91.

## ANEXO 7

---

Manuscrito preparado sobre el estudio en población general europea ESEMeD sobre prevalencia, comorbilidad y correlatos de trastornos de personalidad.



PERSONALITY TRAITS AMONG DEPRESSIVE DISORDERS

SUFFERERS IN THE COMMUNITY

McKenney, K. A.<sup>1</sup>; Haro, J.M.<sup>2</sup>; Alonso, J.<sup>3,6</sup>; Pinto-Meza, A.<sup>4</sup>; Vilagut, G.<sup>5,6</sup>; Cervilla, J.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CIBERSAM Granada, Centro Investigaciones Biomédicas, PTS, Granada, Spain.

<sup>2</sup> CIBERSAM Sant Joan de Déu – Servicios de Salud Mental. Vilanova i la Geltrú. Barcelona, Spain

<sup>3</sup> Research and Development Unit, Sant Joan de Déu-SSM, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain, CIBER Salud Mental (CIBERSAM)

<sup>4</sup> Research and Development Unit, Sant Joan de Déu-SSM, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain, Red de Investigaciones de Prevención y Promoción de Salud (REDIAPP)

<sup>5</sup> Health Services Resarch Unit, IMIM-Hospital del Mar Research Institute, Barcelona, Spain

<sup>6</sup> CIBERESP, CIBER en Epidemiología y Salud Pública, Spain.

Corresponding Author:

Cervilla, J.A.

jacb@ugr.es

Departamento de Psiquiatría

Avenida Madrid, Nº 11

18012 Granada

## ABSTRACT

**Background:** Personality Disorders (PDs) have a negative impact on course, treatment and outcome of depressive disorders (DDs). We have aimed to examine the potential influence of personality clusters or traits on the occurrence of DDs using a large pan-European sub-sample from the ESeMED study.

**Methods:** 1610 participants from the ESEMED study were randomly selected to take part in the personality substudy. Participants completed a version of the CIDI Interview (WMH-CIDI) to establish DDs DSM-IV diagnoses (major depression, dysthymia and double depression) along with two thorough personality sections (identifying both PDs and traits).

**Results:** Participants with no DDs globally tended to score lower on all personality measures. Cluster B PDs had the strongest influence on all types of DDs. The personality trait with the strongest influence was neuroticism, although there were several others ( ) that also associated with DDs. Several traits, could be acting as potential protective factors against depressive disorders.

**Limitations:** The main limitation of this cross-sectional study is that sub-sampling for personality testing within the ESEMED cohort was based on having a spouse available, which might have limited the overall representativeness of our sample. In addition, some personality traits were measured using adaptations of larger scales what could have lead to biased estimations of such traits.

**Conclusions:** Cluster B PDs and traits such as neuroticism are strongly associated with DDs. Sociability and self-esteem are traits that inversely associate with DDs. External validation of these protective factors might prove effective to identify important psychological interventions to minimize risk for DDs.

**Keywords:** Comorbidity, mood disorders, personality disorders, epidemiology, potential risk factors.

## Introduction

Depressive disorders are some of the most commonly diagnosed mental disorders. The WHO considers that by 2020 depression will be the second cause of disability in the world due to disease (Murray CJ and Lopez AD 1996). Comorbid mental disorders in individuals with mood disorders (MD) have a negative impact on the course, treatment and outcome of MDs. Personality disorders in individuals with comorbid MDs have a negative impact reflected in worse response to treatment, more hospitalizations, more attempted and completed suicide and more depressive symptoms (Black et al. 1988;Pepper et al. 1995). However, most previous epidemiological studies have been mostly descriptive and have not identified potential risk or protective personality factors in depressive disorders.

High comorbidity for major depressive disorder (MDD) and Personality Disorders (PDs) has been reported frequently, ranging from 6 to 87%, although the prevalence depends on the type of PD. It is specially common in cluster B, followed by cluster C and cluster A PDs (Corruble et al. 1996). The impact of the presence of a PD in the course of MD is still a matter of debate. Some studies have found a limited influence of PDs on the course when there is only one comorbid PD, severe reduction of quality of life if there are two or more. Individuals with PD have an earlier age of onset when developing an MD (Brieger et al. 2002;Pfohl et al. 1984). Several personality traits have also been found to have these negative effects on MDD; the most researched are neuroticism and impulsivity (Berlanga et al. 1999;Bienvenu et al. 2001;Boyce and Mason 1996;Christensen and Kessing 2006;Drieling et al. 2006;Fanous et al. 2007;Kendler et al. 2006;Levy et al. 2007;Lozano and Johnson 2001;Mulder 2002;Wilson et al. 2007). MDD is also commonly associated to other axis I disorders, like anxiety (Pirkis 2004).



Dysthymia (Dys) is also highly comorbid with PD, the prevalence of PD in individuals with Dys ranges from 65 to 100% (Vallejo J and Gastó C 2000), making it much more common than MDD (Garyfallos et al. 1999;Pepper, Klein, Anderson, Riso, Ouimette, & Lizardi 1995). Studies show that early-onset dysthymia is associated with significantly greater axis II comorbidity than episodic major depression (Pepper, Klein, Anderson, Riso, Ouimette, & Lizardi 1995). It is accepted that dysthymia has high comorbidity rates with other axis I disorders such as MDD, only about 25%-30% of cases occur over a lifetime in the absence of other psychiatric disorders (Weissman et al. 1988). Patients that meet criteria for Dys are diagnosed more often with cluster B and C PDs, especially borderline, histrionic, dependent, and avoidant (Garyfallos, Adamopoulou, Karastergiou, Voikli, Sotiropoulou, Donias, Giouzeapas, & Paraschos 1999).

Up to 69% of patients who meet criteria for double depression also meet criteria for at least one PD (Sanderson et al. 1992). Patients with Dys who develop MDD differ little from the rest of patients with dysthymia, although they seem to have a higher frequency of cluster A disorders and are more avoidant (Kool et al. 2000).

This analysis is part of a larger study known as the ESEMeD/MHEDEA 2000 project, which has been designed to examine the prevalence, impact and patterns of treatment of mental disorders in European countries (Alonso et al. 2002). In the present study, we examine the comorbidity between depressive disorders and both personality disorders clusters and traits in a representative European sample. We also explore how socio-demographic variables may influence such comorbidity.

## Methods

The ESEMeD survey is part of the WHO WMH survey initiative (24). It's a cross-sectional survey based on probability samples representative of the non-institutionalised adult population of six European countries. Eligible individuals were interviewed face-to-face by trained lay interviewers at their homes after they had given consent. In all countries but the Netherlands, the spouses of a random sample of married main respondents were also selected for the interview. The subsample composed by all the selected married main respondents and the interviewed spouses is here after referred to as the "Spouse sample". The questionnaire, subdivided into 38 different sections, was administered using computer-assisted interview techniques (CAPI). In order to optimise the interviewing process and reduce cost, a two-stage interview procedure was used. The first part of the questionnaire assessed diagnosis of the most common mood and anxiety disorders, health related quality of life, health services utilisation and demographics in all respondents (Part I Sample). The second stage of the interview only concerned those subjects who reported more than a pre-specified number of symptoms of specific mood or anxiety disorders, as well as a random 25% of the rest of the sample (Part II Sample). This second part of the questionnaire included, *inter alia*, an in-depth interview about additional mental disorders, self-reported chronic physical conditions, and risk factors.

### *Sample*

In total 21,425 individuals were interviewed between January 2001 and August 2003. The overall response rate in the six countries was 61.2%, with the highest rates being observed in Spain (78.6%) and Italy (71.2%) and the lowest in Germany (57.8%), the Netherlands

(56.4%), Belgium (50.6%) and France (45.9%). N=8,796 individuals were assessed the second part of the interview and thus belong to the part 2 sample.

### *The Sample and Design*

Here we shall only describe the particulars of our study. The survey included nationally representative samples the five of the participating countries (Belgium, France, Germany, Italy and Spain). Participants were interviewed with the Composite International Diagnostic Interview (Alonso, J. et al. 2004).

Personality measures were only asked to n=1,610 part 2 respondents who also belonged to the Spouse sample, which is composed of a random sample of main married respondents and a subsample of spouses that were also interviewed.

Further details about the study methods used in the ESEMeD/MHEDEA 2000 project are explained elsewhere (Alonso et al. 2004).

### *Depressive Disorders Assessment and Diagnostic Procedure*

The CIDI questionnaire used in the ESEMeD study is structured in 38 different sections and includes a revised version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) together with specific information on severity of the disorders, symptoms, disability and quality of life, use of services, use of medication and risk factors. The mood disorder diagnosis of this version of the CIDI has been proved to have good validity (Duberstein, P.R. et al. 2008).

## *Assessment of Personality Traits and Screening of Personality Disorders*

A Personality Disorders Screen, based on Loranger's International Personality Disorder Examination Screen (IPDE) was administered (Davidson, J. et al. 1985}. The version used in the CIDI 2000 includes 34 items that survey experiences relevant to the more than 150 criteria used in making PD diagnosis according to DSM-III and ICD-10. Three dimensions are assessed: cluster A, cluster B and cluster C PDs. Personality traits were assessed in two sections. Section one was made up of the Zuckerman (Quilty, L. C. et al. 2008) Personality Scales that include 55 items assessing seven different personality traits: sensation seeking, impulsivity, neuroticism/anxiety, aggression/hostility, activity, sociability and social desirability. Section two of the personality traits assessment was composed by 20 items of Levinson's Internal Locus of Control Scale, Luck Scale, Fatalism Scale and Justice Scale; these scales assessed six different traits of personality: internal locus of control, luck, power, self-esteem, fatalism and justice.

### *Statistical Issues*

After explorative assessment of data distributions, descriptive analyses including frequencies and mean values of all independent variables were calculated using the SAS package (Duggan, CF et al. 1990). Prevalence of PD clusters, BLPD, MDD, Dys and DD were calculated using the information from CIDI, where prevalence estimates of mental disorders were determined by whether respondents' past or current symptomatology met the 12-month and / or lifetime diagnostic criteria for a DSM-IV disorder. A case was diagnosed when a respondent exhibited a certain proportion of the criteria of a specific mental disorder. A screening section (located at the beginning of the questionnaire) was given to each

respondent. All participants responding positively to a specific screening question were eligible to complete the corresponding section of the questionnaire (Abramson,LY et al. 1978).

All analyses were performed for lifetime and 12 month prevalence. Finally, unadjusted and adjusted (by sex, age, country...) odds ratios or the, respectively, univariate and multivariate associations between PD clusters or traits and depressive disorders were finally calculated using logistic regression models.

## Results

### *Sample and Demographics*

1610 participants were included in the analyses, out of which 52.25% were female and 47.75% male. The most common age group was of people aged between 35 and 49 years old, with 560 participants in this category; followed by the 50 to 64 year olds, with 466 participants. Almost 40% of the sample was living in mid-size urban areas (10.000-100.000 inhabitants). As for years of education, 50.98% of the sample had received between 0 and 11 years of education, followed by 21.55% of the sample who had 12 years. Working or retired were the most common employment status, with 55.36% and 25.01% of the sample respectively, and the least common were students, making up only 0.25% of the sample. The country distribution of participants varied, the ones with most individuals were Italy and Spain, making up 25% of the sample each, followed by Belgium (22%), France (14%) and Germany (12%). Full demographics can be found in table 1.

**Table 1.** Socio-demographic results

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>	18-24	50	4.15
	25-34	232	13
	35-49	560	35.05
	50-64	466	27.06
	>64	302	20.74
<b>Sex</b>	Male	705	47.75
	Female	905	52.25
<b>Years of education</b>	0-11	758	50.98
	12	312	21.55
	13-15	288	15.59
	+16	252	11.88
<b>Geographical area</b>	Rural (<10 000)	492	34.28
	Intermediate urban (10 000-100.000)	734	38.84
	Large urban (>100 000)	384	26.88
<b>Work status</b>	Employed	870	55.36
	Student	8	0.25
	House-wife	255	14.15
	Retired	365	25.01
	Other	112	5.23
<b>Country</b>	Belgium	366	7.97
	France	229	18.87
	Germany	202	29.74
	Italy	404	26.56
	Spain	409	16.86

### *Personality Traits and Personality Disorders*

On the whole, scores for participants without depressive disorders were mostly lower on all personality trait scales, excepting sociability, luck, justice and fatalism. This held true for both lifetime and 12 month prevalence, even though scores for the latter were more variable. The scores on self-esteem were reverse coded; therefore they appear lower, indicating higher self-esteem.



	No MDD		MDD		Dys		DD	
	Lifetime	12 months	Lifetime	12 months	Lifetime	12 months	Lifetime	12 months
<b>Borderline</b>	0,87	0,89	1,31	1,87	1,31	1,69	1,43	2,45
<b>Cluster A</b>	0,16	0,17	0,24	0,27	0,28	0,26	0,31	0,34
<b>Cluster B</b>	0,17	0,17	0,21	0,26	0,20	0,25	0,22	0,33
<b>Cluster C</b>	0,13	0,13	0,20	0,26	0,21	0,29	0,23	0,41
<b>Sensation Seeking</b>	0,26	0,26	0,28	0,33	0,26	0,26	0,27	0,34
<b>Impulsivity</b>	0,20	0,20	0,25	0,27	0,28	0,25	0,31	0,38
<b>Neuroticism</b>	0,24	0,26	0,48	0,58	0,47	0,50	0,50	0,60
<b>Aggression</b>	0,42	0,42	0,43	0,49	0,44	0,40	0,44	0,38
<b>Activity</b>	0,58	0,57	0,55	0,53	0,58	0,64	0,55	0,53
<b>Sociability</b>	0,56	0,55	0,47	0,45	0,46	0,50	0,41	0,40
<b>Social desirability</b>	0,31	0,30	0,26	0,27	0,29	0,28	0,30	0,31
<b>Internal Locus of Control</b>	0,17	0,17	0,19	0,19	0,18	0,13	0,19	0,17
<b>Luck</b>	0,20	0,19	0,17	0,18	0,17	0,19	0,17	0,21
<b>Power</b>	0,12	0,12	0,13	0,16	0,12	0,15	0,14	0,24
<b>Self esteem</b>	0,10	0,11	0,18	0,22	0,17	0,21	0,19	0,27
<b>Fatalism</b>	0,17	0,16	0,14	0,14	0,13	0,14	0,13	0,08
<b>Justice</b>	0,20	0,20	0,18	0,18	0,16	0,18	0,17	0,17

Table 2. Mean scores for PD and P traits for lifetime and 12 month prevalence

### *Personality Traits and Disorders in Depressive Disorders*

Regarding lifetime results, out of the 1610 participants, 12.02% met criteria for MDD. The raw odds ratios showed that borderline personality disorder was associated with the presence of MDD, increasing the risk of appearance by OR=1.30 (CI 1.03 to 1.63), so was neuroticism (OR=9.36; CI= 4.83 to 18.11). Social desirability was a possible protective factor (OR=0.28; CI=0.11 to 0.77), as well as self-esteem (OR=5.17; CI 1.02 to 26.04). When we adjusted the odds ratios by socioeconomic variables, we found that all the personality traits, as

well as borderline disorder, that had resulted significant in the non adjusted analysis remained so, but also two new traits appeared to be significant, including impulsivity (OR= 1.9; CI= 1.04-3.45), sociability (OR=0.28; CI=0.15-0.53), one of them as a possible risk factor, while the other presented as a possible protective factor; we also found that all three personality clusters resulted significant, Cluster A (OR=5.71; CI=2.63-12.40), Cluster B (OR= 16.55; CI=3.66-7.86) and Cluster C (OR=3.88; CI=1.98-7.58).

The total amount of participants that showed lifetime dysthymia was 4.07%. When we estimated raw odds ratios we found that the personality traits that elevated the risk were impulsivity (OR=2.98; CI=1.34 to 6.61) and neuroticism (OR=4.29; CI=1.89 to 9.78), as well as having a Cluster A personality disorder (OR=3.64; CI 1.10 to 12.6). After adjusting the odds ratios both traits and Cluster A that had appeared as significant in the non adjusted analysis remained so, but also new traits and clusters presented significance. The traits that were significant after adjusting were self-esteem (OR=26.25; CI=3.26-213.46), fatalism (OR=0.06; CI=0.007-0.44), and justice (OR=0.18; CI=0.05-0.65); Cluster B (OR=15.24; CI=1.83-126.89) and Cluster C (OR=3.72; CI=1.24-11.16) were also significant as well as borderline personality disorder (OR=1.31; CI=1.12-1.54).

Double depression was present in 2.68% of patients for lifetime prevalence. When raw odds ratios were calculated, the personality traits that appeared as risk factors were impulsivity (OR= 3.83; CI=1.58 to 9.27), neuroticism (OR= 4.40; CI=1.22 to 15.87), power (OR=11.11; CI=1.49 to 83.04), fatalism (OR=0.02; CI=<0,001 to 0.65) as well as having a cluster A personality disorder (OR= 4.94; CI=1.26 to 19.35). When we adjusted by socio-demographic variables all previous results maintained significance but we also found new traits and clusters that appeared significant. Sociability (OR=0.15; CI=0.05-0.42) and Self-esteem (OR=91.82;

CI=13.13-641.96) were now significant, as well as Cluster B (OR=27.60; CI=2.73-278.85), Cluster C (OR=5.31; CI=1.64-17.24) and Borderline personality disorder (OR=1.37; CI=1.15-1.64).

	MDD			Dysthymia			Double Depression		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Borderline	1,365	1,198	1,555	1,312	1,116	1,542	1,372	1,147	1,641
Cluster A	5,714	2,632	12,405	8,728	3,188	23,893	14,828	4,725	46,538
Cluster B	16,549	3,659	74,855	15,245	1,835	126,687	27,601	2,732	278,852
Cluster C	3,874	1,981	7,576	3,723	1,242	11,16	5,311	1,636	17,245
Sensation Seeking	1,337	0,631	2,83	1,143	0,354	3,694	1,381	0,357	5,348
Impulsivity	1,9	1,045	3,456	3,387	1,485	7,724	4,798	1,897	12,135
Neuroticism	26,632	16,096	44,063	13,646	7,217	25,802	16,48	6,398	42,453
Aggression	1,139	0,502	2,583	1,824	0,715	4,654	1,835	0,62	5,43
Activity	0,761	0,383	1,512	1,251	0,533	2,935	0,655	0,224	1,914
Sociability	0,283	0,152	0,527	0,344	0,101	1,171	0,15	0,053	0,424
Social desirability	0,194	0,078	0,482	0,284	0,071	1,144	0,565	0,137	2,332
Internal Locus of Control	3,24	0,927	11,325	1,021	0,09	11,513	5,302	0,572	49,135
Luck	0,594	0,116	3,056	0,382	0,045	3,267	0,335	0,032	3,548
Power	2,327	0,924	5,865	1,308	0,26	6,576	4,795	1,097	20,963
Self esteem	65,704	22,057	195,721	26,25	3,228	213,463	91,823	13,134	641,963
Fatalism	0,282	0,077	1,04	0,056	0,007	0,439	0,044	0,004	0,463
Justice	0,638	0,224	1,817	0,18	0,05	0,649	0,302	0,056	1,64

**Table 3.** Adjusted ORs for MDD, Dys and DD for lifetime prevalence. Highlighted are the significant results

As for twelve-month results, 3.80% participants met criteria for MDD. Raw odds ratios estimates showed that neuroticism (OR= 13.83; CI= 4.94 to 38.66), power (OR= 9.69; CI= 1.09 to 85.63), and self-esteem (OR= 29.60; CI= 2.98 to 294.39) were all significant, whilst none of the clusters, or borderline personality disorder were significant. After adjusting for socio-

demographic variables the results showed that neuroticism, power and self-esteem remained significant, and also two new traits appeared as significant, aggression (OR=2.71; CI=1.13-6.45) and sociability, and this time personality cluster A (OR=8.99; CI=3.67-24.02), B (OR=165.21; CI=28.31-964.15) and C (OR=9.83; CI=3.47-27.81) as well as borderline personality disorder (OR=1.67; CI=1.43-1.95) appeared to be significant.

There was a 1.16% of dysthymia for 12 month prevalence. When raw odds ratios were estimated, we found that neuroticism (OR=8.07; CI= 1.56 to 41.66), and internal locus of control (OR=0.003; CI= <0.001 to 0.43) were both significant. After adjustment for socio-demographic variables, neuroticism remained significant but not internal locus of control (OR= 0.024; CI= <0.001 to 1.052). This analysis showed all Clusters (Cluster A: OR=5.45; CI= 1.30 to 22.74; Cluster B: OR=70.03; CI= 3.23 to 787.02; Cluster C: OR=12.16; CI= 2.38 to 62.25) as well as borderline personality disorder to be significant (OR=1.45; CI= 1.15 to 1.82), and self-esteem (OR=145.68; CI= 3.71 to >999,999).

For this type of prevalence 0.54% of the sample was diagnosed with double depression. The raw odds ratio estimations proved impulsivity (OR=8.36; CI= 1.38 to 50.56), as well as power (OR= >999.999; CI= 115.80 to >999.999), fatalism (OR= <0.001; CI= <0.001 to 0.11) and personality cluster C (OR=19.94; CI= 1.41 to 281.75) to be significant. When the odds ratios were adjusted for socio-demographic variables we found all previous factors to remain significant as well as some new ones, these being sociability (OR=0.06; CI= 0.01 to 0.38); self-esteem (OR=>999.999; CI= 126.36 to >999.999) neuroticism (OR=76.41; CI= 13.67 to 427.03), and all personality clusters (Cluster A OR=24.04; CI= 6.28 to 91.99; Cluster B OR=621.19; CI= 39.99 to >999.999; Cluster C OR=71.84; CI= 10.81 to 477.29) as well as borderline personality disorder (OR= 1.80; CI= 1.46 to 2.21).

	MDD			Dysthymia			Double Depression		
	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior	OR	Inferior	Superior
Borderline	1,674	1,435	1,953	1,447	1,146	1,825	1,799	1,464	2,21
Cluster A	8,993	3,367	24,019	5,447	1,305	22,74	24,038	6,281	91,998
Cluster B	165,209	28,309	964,154	70,026	6,231	787,025	621,19	39,999	>999,999
Cluster C	9,826	3,472	27,807	12,165	2,377	62,252	71,845	10,815	477,294
Sensation Seeking	2,436	0,77	7,706	0,992	0,101	9,773	4,341	0,317	59,388
Impulsivity	2,137	0,801	5,698	2,43	0,342	17,262	19,681	3,021	128,195
Neuroticism	58,101	23,151	145,813	16,97	6,317	45,586	76,411	13,673	427,03
Aggression	2,707	1,135	6,454	0,973	0,216	4,389	0,668	0,09	4,958
Activity	0,614	0,251	1,502	3,24	0,454	23,128	0,609	0,08	4,654
Sociability	0,201	0,079	0,515	0,541	0,012	23,594	0,06	0,01	0,38
Social desirability	0,42	0,123	1,438	0,153	0,015	1,592	0,419	0,029	6,121
Internal Locus of Control	2,455	0,505	11,947	0,024	<0,001	1,052	1,549	0,041	59,135
Luck	1,502	0,159	14,169	3,196	0,196	52,161	9,673	0,14	667,865
Power	10,58	2,123	52,719	3,746	0,119	117,629	285,83	6,582	>999,999
Self esteem	447,282	78,837	>999,999	145,679	3,708	>999,999	>999,999	126,364	>999,999
Fatalism	0,351	0,032	3,85	0,129	0,002	7,154	<0,001	<0,001	0,493
Justice	0,995	0,218	4,544	0,667	0,085	5,216	0,371	0,016	8,404

**Table 4.** Adjusted ORs for MDD, Dys and DD for 12 month prevalence. Highlighted are the significant results.

## Discussion

We aimed at exploring comorbidity between depressive disorders and both PD clusters and traits in a representative European sample and found that all three clusters have an influence on the appearance of depressive disorders, although this influence changes depending on the type of prevalence and disorder. To the best of our knowledge, this is the first study to examine this topic using both a pan-European sample and a combination of PD traits and clusters.

Our results show that Cluster A has a stronger influence on DD than on any other depressive disorder; it has been significantly associated in both lifetime and 12 month prevalence, both before and after adjusting data. This is in concordance with previous literature (Kool, S. et al 2000), as it has been found previously that MDD patients with Dys tend to present more Cluster A disorders and also are more avoidant, although this finding is not widespread, and previous authors have explained it in terms of a measurement bias. This could be due to the fact that people with DD could, on the surface, share some of the symptoms presented by Cluster A patients. People with anhedonia or who don't enjoy social interactions due to their emotional state could come across as being cold and distant, which is what in some cases people with Cluster A PDs seem to be like. This similitude could be an explanation for the large presence of Cluster A in our DD sample.

We examined Cluster B PDs and Borderline personality disorder separately. We observed that in our sample Cluster B personality disorders have the strongest influence on all three types of depressive disorder, showing very high ORs. The presence of bipolar personality disorder also had a consistent influence on the development of depressive disorders although this PD seemed to have less of an influence on the development of depressive disorders than

any of the clusters. Traditionally it has been Cluster C that has been most often associated to depressive disorders, due to their avoidant and dependant nature, but it is also interesting to consider that the problems that Cluster B PDs can create in personal relationships could be considered a risk factors. As we will discuss further along, we have found that sociability and social desirability often appear as protective factors for al three depressive disorders, and on the other hand we have found that aggression is a possible risk factor. The latter often appears in people with Cluster B PDs. When participants that show depressive disorders also show Cluster B PDs we could consider that their problems in social interaction could be at the base of this connection, as they are being exposed to a higher number of risk factors, and also seem further away from attaining protective factors.

Cluster C has been presented most often in previous literature as the cluster with the strongest influence on depressive disorders. This is due to its avoidant-dependent nature, we must also consider that in this cluster there is a depressive personality disorder included. So it's not very surprising that we have found it to influence all three depressive disorders for both prevalences. Although, as we have mentioned above, in our results we have not found it to have the strongest influence, in our study we have found this to be true for Cluster B.

The personality trait that appears most consistently and strongly as risk factor, in our results, is neuroticism. Neuroticism has been reported either together or separately from other traits as being a common risk factor for mood disorders. Special attention has been paid to the role neuroticism plays as a factor that can influence comorbidity (Bienvenu, Brown, Samuels, Liang, Costa, Eaton, & Nestadt 2001; Boyce & Mason 1996), onset (Christensen & Kessing 2006; Drieling, van, & Hecht 2006; Duberstein et al. 2008; Fanous, Neale, Aggen, & Kendler 2007; Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen 2006), recurrence (Berlanga, Heinze, Torres, Apiquian, & Caballero 1999), response to treatment (Davidson et al. 1985; Quilty et al. 2008),

severity (Lozano & Johnson 2001) and outcome (Mulder 2002) of mood disorders (Duggan et al. 1990). In our results the influence of neuroticism is maintained for both lifetime and 12 month prevalence. According to our results other personality traits that seem to have an influence on the appearance of depressive disorders are aggression, sociability, luck, impulsivity, internal locus of control, social desirability, justice and power, although the evidence for these depends on the type of disorder and prevalence. On the other hand, we have found several traits that could be described as protective factors, mainly self-esteem, fatalism, sociability and social desirability.

These results are congruent with the main cognitive theories on depression. Having low self-esteem has been associated to depression as one of its main features (Abramson et al. 1978), although it has not been cleared until recently that it is a risk factor (Franck and De 2007;Orth et al. 2008) and not just a consequence of having been depressed. It is also interesting to find that other protective factors have to do with social aspects. Sociability or extroversion appear to be protective factors, and this is congruent with models that consider introversion to be a factor that influences phenomenology and course of depression (Janowsky 2001;Verkerk et al. 2005).

An interesting finding has been that fatalism has appeared frequently as a protective factor for double depression, both in lifetime and 12 month prevalence. We consider this result to be demonstrative of a measurement bias, as we have not been able to find any previous literature to support this idea. This trait has been assessed with just three questions, and therefore we consider them to be too few, as they may lead to this sort of results, that could be confusing.



The main advantages in our study are that we have examined, in a large general population sample from several European countries, two types of prevalence, both lifetime and 12 month, we have also studied three types of depressive disorders, and both personality traits and disorders that may be influencing the appearance of depressive disorders. This last advantage is probably the most significant, as it has allowed us to analyze a large spectrum of factors that may be influencing the appearance of depressive disorders both as protective factors and as risk factors.

### *Limitations*

The main limitations of this cross-sectional study is that sub-sampling for personality testing within the ESEMED cohort was based on a random sub-sample of those participants who had a spouse available, which might have limited the overall representativeness of our sample. In addition, the personality sections used to identify personality traits were short adaptations of larger trait scales what might have lead to biased estimations of some of these traits. Nonetheless, they constitute the validated personality sections within the CIDI (Alonso, J. et al. 2004). Finally, we should also take into account the limitations of all cross-sectional studies, including not allowing to establish direction of causality.

## Conclusions

Future studies in this area should explore more personality traits that could be influencing the appearance of depressive disorders. We have presented data on some traits that have not been reported before and therefore shine a new light on to other traits that could be having an effect as risk factors to depressive disorders, but there is a need for further research as the extent of their influence is as yet unknown. The more we know about possible risk factors the better our clinical interventions can be made. It is also of great importance to find possible protective factors as prevention of depressive disorders is as important as correct treatment.

### *Acknowledgements:*

We acknowledge the support of the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators who are not co-authors of this paper: Matthias Angermeyer, Sebastian Bernert, Ronny Bruffaerts, Koen Demyttenaere, Isabelle Gasquet; Ron de Graaf; Giovanni de Girolamo; Steven J. Katz; Ronald C. Kessler, Viviane Koves; and Jean Pierre Lépine.

### *Funding*

The ESEMeD project is funded by the European Commission (Contracts QLG5-1999-01042; SANCO 2004123 ; and EAPH 20081308), the Piedmont Region (Italy), Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0028), Ministerio de Ciencia y Tecnología, Spain (SAF 2000-158-CE), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Spain, RETICS RD06/0011 REM-TAP, and other local agencies and by an unrestricted educational grant from GlaxoSmithKline. No funding bodies had any role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

### *Competing interests*

No authors have any competing interests

## References

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E., & Teasdale, J.D. 1978. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J.Abnorm.Psychol.*, 87, (1) 49-74 available from: PM:649856
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., De, G.G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., rhabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martinez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N., & Vollebergh, W.A. 2004. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl* (420) 8-20 available from: PM:15128383
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T.S., Taub, N., McColgen, Z., De, G.G., Polidori, G., Mazzi, F., De, G.R., Vollebergh, W.A., Buist-Bowman, M.A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Palacin, C., Autonell, J., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lepine, J.P., rhabzadeh-Bouchez, S., Ormel, J., & Bruffaerts, R. 2002. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int.J.Methods Psychiatr.Res.*, 11, (2) 55-67 available from: PM:12459795
- Berlanga, C., Heinze, G., Torres, M., Apiquian, R., & Caballero, A. 1999. Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *Psychiatr.Serv.*, 50, (3) 376-380 available from: PM:10096642
- Bienvenu, O.J., Brown, C., Samuels, J.F., Liang, K.Y., Costa, P.T., Eaton, W.W., & Nestadt, G. 2001. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Res.*, 102, (1) 73-85 available from: PM:11368842
- Black, D.W., Bell, S., Hulbert, J., & Nasrallah, A. 1988. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study. *J.Affect.Disord.*, 14, (2) 115-122 available from: PM:2966824
- Boyce, P. & Mason, C. 1996. An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 30, (1) 90-103 available from: PM:8724331
- Brieger, P., Ehrh, U., Bloeink, R., & Marneros, A. 2002. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 190, (5) 304-309 available from: PM:12011610
- Christensen, M.V. & Kessing, L.V. 2006. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nord.J.Psychiatry*, 60, (2) 79-88 available from: PM:16635925
- Corruble, E., Ginestet, D., & Guelfi, J.D. 1996. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J.Affect.Disord.*, 37, (2-3) 157-170 available from: PM:8731079
- Davidson, J., Miller, R., & Strickland, R. 1985. Neuroticism and personality disorder in depression. *J.Affect.Disord.*, 8, (2) 177-182 available from: PM:3157728
- Drieling, T., van, C.D., & Hecht, H. 2006. Stress, personality and depressive symptoms in a 6.5 year follow-up of subjects at familial risk for affective disorders and controls. *J.Affect.Disord.*, 91, (2-3) 195-203 available from: PM:16488022

Duberstein, P.R., Palsson, S.P., Waern, M., & Skoog, I. 2008. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychol.Med.*, 38, (5) 663-671 available from: PM:18237453

Duggan, C.F., Lee, A.S., & Murray, R.M. 1990. Does personality predict long-term outcome in depression? *Br.J.Psychiatry*, 157, 19-24 available from: PM:2397360

Fanous, A.H., Neale, M.C., Aggen, S.H., & Kendler, K.S. 2007. A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychol.Med.*, 37, (8) 1163-1172 available from: PM:17407614

Franck, E. & De, R.R. 2007. Self-esteem reconsidered: unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behav.Res.Ther.*, 45, (7) 1531-1541 available from: PM:17321496

Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Sotiropoulou, A., Donias, S., Giouzevas, J., & Paraschos, A. 1999. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr.Scand.*, 99, (5) 332-340 available from: PM:10353448

Janowsky, D.S. 2001. Introversion and extroversion: implications for depression and suicidality. *Curr.Psychiatry Rep.*, 3, (6) 444-450 available from: PM:11707157

Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O., & Pedersen, N.L. 2006. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch.Gen.Psychiatry*, 63, (10) 1113-1120 available from: PM:17015813

Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I.J., & de, J.F. 2000. Major depression, double depression and personality disorders. *J.Personal.Disord.*, 14, (3) 274-281 available from: PM:11019750

Levy, K.N., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. 2007. Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatr.Q.*, 78, (2) 129-143 available from: PM:17347875

Lozano, B.E. & Johnson, S.L. 2001. Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *J.Affect.Disord.*, 63, (1-3) 103-111 available from: PM:11246086

Mulder, R.T. 2002. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am.J.Psychiatry*, 159, (3) 359-371 available from: PM:11869996

Murray CJ & Lopez AD 1996. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020* Boston, Massachusetts.

Orth, U., Robins, R.W., & Roberts, B.W. 2008. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 95, (3) 695-708 available from: PM:18729703

Pepper, C.M., Klein, D.N., Anderson, R.L., Riso, L.P., Ouimette, P.C., & Lizardi, H. 1995. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am.J.Psychiatry*, 152, (2) 239-247 available from: PM:7840358

Pfohl, B., Stangl, D., & Zimmerman, M. 1984. The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *J.Affect.Disord.*, 7, (3-4) 309-318 available from: PM:6241212

Pirkis, J.E. 2004. Borderline personality disorder, drug use disorder, and worsening depression or substance abuse are significant predictors of suicide attempts in people with Axis I and II disorders. *Evid.Based.Ment.Health*, 7, (1) 25 available from: PM:14769669

Quilty, L.C., De, F.F., Rolland, J.P., Kennedy, S.H., Rouillon, P.F., & Bagby, R.M. 2008. Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *J.Affect.Disord.*, 108, (3) 241-250 available from: PM:18067975

Sanderson, W.C., Wetzler, S., Beck, A.T., & Betz, F. 1992. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res.*, 42, (1) 93-99 available from: PM:1603885

Vallejo J & Gastó C 2000. *Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión* Barcelona, Masson.

Verkerk, G.J., Denollet, J., Van Heck, G.L., Van Son, M.J., & Pop, V.J. 2005. Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosom.Med.*, 67, (4) 632-637 available from: PM:16046379

Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L., & Florio, L. 1988. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am.J.Psychiatry*, 145, (7) 815-819 available from: PM:3381924

Wilson, S.T., Stanley, B., Oquendo, M.A., Goldberg, P., Zalsman, G., & Mann, J.J. 2007. Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J.Clin.Psychiatry*, 68, (10) 1533-1539 available from: PM:17960968



## ANEXO 8

---

Manuscrito preparado sobre el estudio en población general de la provincia de Granada PISMA-ep sobre prevalencia, comorbilidad y correlatos de trastornos de personalidad.





# The prevalence and correlates of personality dysfunction in a Spanish community sample

K.McKenney<sup>1</sup>, P. Moran<sup>2</sup>, Eulalio Valmisa<sup>3</sup>, Isabel Ruiz<sup>4</sup>, Mercedes Rueda<sup>5</sup>, Moreno Küstner, B.<sup>6</sup>  
& J.A. Cervilla<sup>\*1,5,7</sup>

<sup>1</sup> CIBERSAM, Centro Investigaciones Biomédicas, PTS, Universidad de Granada, Spain.

<sup>2</sup> King's College London, Institute of Psychiatry. Health Service & Population, Research Department, London, UK

<sup>3</sup> UGC Salud Mental, Hospital de Puerto Real, Cádiz, Spain

<sup>4</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Spain.

<sup>5</sup> Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Spain.

<sup>6</sup> Research Unit Distrito Sanitario Malaga, IMABIS Foundation. Department of Personality, Evaluation and Psychological Treatment, University of Malaga, Spain. (Research network "redIAPP", "SAMSERAP" group)

<sup>7</sup> Departamento de Psiquiatría e Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada, Spain.

\*Corresponding Author

## Abstract

**Background:** Most epidemiological studies estimate prevalence of personality disorders (PDs) in the community at about 10%, and have often been found to associate with mood disorders. Personality traits (PTs) also seem to influence the course, response to treatment and outcomes in mood disorders. The aims of the present study were to estimate global highly probable personality disorder (HPPD) prevalence, mean scores of personality traits in the community and potential risk factors for HPPD, especially mood disorders.

**Methods:** This study is part of the larger PISMA-ep (Plan integral de salud mental de Andalucía-epidemiológico) study performed in the province of Granada (Spain). We interviewed a random sample of 809 community dwelling participants for psychiatric diagnosis as well as a large amount of possible risk factors. Personality disorders were screened using the SAPAS (Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale) scale. Two personality traits were assessed: impulsivity and neuroticism adapted from the ZKPQ.

**Results:** Prevalence for HPPD (highly probable personality disorders) was 17.9%, placing them at a risk above 90% of having a PD. Mean scores on neuroticism (.40, SD=.26) were higher than for impulsivity (.20, SD=.28) in our sample. Several factors increased the risk of HPPD, including, female sex, family history of mental disorders, stressful life events in the past year, moderate suicide risk, high impulsivity and neuroticism, and a range of affective and anxiety disorders. We also identified several factors that mitigated against the risk of HPPD, including, higher scores on physical functioning, better social functioning, and better working memory and verbal fluency.

**Conclusions:** HPPDs are common among the community population. Our results seem to be congruent with the dimensional perspectives for PD diagnosis proposed by the DSM-5 and herald the importance to take into account both personality functioning and pathological personality traits in the assessment of persons with PD.

**Keywords:** personality, community sample, prevalence, SAPAS, risk factors

## Introduction

Personality disorders are enduring patterns of inner experience and behavior that are considered incongruent with an individual's culture, of an inflexible and pervasive nature that lead to distress or impairment {{349 American Psychiatric Association 1994}}. Personality traits and disorders have often been found to associate with mood disorders. Many previous studies have reported a high comorbidity between personality disorders (PD) or certain personality traits (PT) and course, treatment and outcomes of mood disorders, particularly depressive disorders, as well as worse response to treatment, more hospitalizations, more attempted and completed suicide and more depressive symptoms (Black, Bell, Hulbert, & Nasrallah, 1988; Pepper et al., 1995).

Most studies on PDs and mood disorders have usually concentrated on either which clusters of PDs show a higher comorbidity with depressive disorders or which personality traits influence or are more frequently comorbid with depressive disorders.

PDs have often been examined in large epidemiological studies, most of them place the prevalence of PDs in the community at about 10% (Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa, & Nestadt, 2002b; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), although there is great variability depending on the assessment instruments used, the way the sample is composed or whether the study has examined overall prevalence of PDs as opposed to differences in prevalence across the three PD clusters (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). PD clusters organize the 10 different PDs that the DSM-IV-TR includes based on descriptive similarities, therefore, in cluster A we find individuals which would generally be described as odd or eccentric, in cluster B those which are dramatic, emotional or erratic, and in cluster C we find individuals which are most often anxious or fearful. General population studies have found that certain PD cluster diagnoses are higher than in clinical samples, such as Cluster A, as this population would probably not seek treatment for their condition and therefore would

more readily be found in community samples. Conversely, Cluster B PDs might be more common among clinical samples possibly for the opposite reasons (Lenzenweger et al., 2007). Many studies have documented the high comorbidity between PDs and DSM Axis I disorders. This is most common in clinical samples but has also been replicated in some general population studies (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006), where it has been found that PD clusters are most likely associated with functional psychosis and mood/anxiety disorders. Some sociodemographic variables have been associated with PDs, such as gender, not having a partner, being young or poorly educated (Torgersen et al., 2001).

Certain personality traits have also been examined in association with depressive disorders, such as neuroticism which is the trait that has attracted most attention, although other traits, such as introversion, have also been studied. Hence, some authors have shown that neuroticism increases the risk of developing depression three fold (Boyce, Parker, Barnett, Cooney, & Smith, 1991) but also increases the probability of recurrence of depressive episodes (Berlanga, Heinze, Torres, Apiquian, & Caballero, 1999). Traits such as impulsivity have also been examined in co-occurrence of mood disorders, although especially in manic phases of bipolar disorder because people with high scores on this trait often show little reflection or regard for consequences (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). More recently, some studies have examined the relationship between depression, impulsivity and suicidality (A. C. Swann, Steinberg, & Moeller, 2005), and how the non-planning component of impulsivity could also be related to depression (A. C. Swann, Steinberg, Lijffijt, & Moeller, 2008).

This analysis is part of the PISMA-ep Study, a mental health survey among general adult community-based population living in the province of Granada (Spain). The aims of the present study were to estimate global highly probable personality disorder (HPPD) prevalence, mean scores of personality traits in the community and potential risk factors for HPPD, especially mood disorders.

## Methods

### Design and Sampling

The PISMA-ep Study (Plan integral de salud mental de Andalucía-epidemiológico) is a cross sectional survey of general population in the province of Granada (Spain).

Sampling was performed in a two-stage cluster sampling with stratification of the primary sampling units (PSUs) depending on whether they were rural or urban. Rurality was determined according to the rurality of Andalusian municipalities index (Ocana-Riola & Sanchez-Cantalejo, 2005). The median of the rurality index for all Andalusian municipalities was taken into account to make the distinctions between rural and urban municipalities.

In the first stage municipalities were sampled by probability proportional to size (PPS) cluster sampling. Clusters were selected with proportional allocation within strata. The total number of selected municipalities represented approximately 15% of the total of municipalities in the province of Granada. In the second stage the individuals that made up the sample were selected using a simple random sampling procedure

### *The Sample*

809 non-institutionalized community-based participants living in the province of Granada agreed to take part in the survey, all interviews were performed between October 2010 and September 2011. To be able to estimate a 2% mental disorder prevalence with  $\pm 0.8\%$  accuracy at a 95% confidence interval the sample was estimated at 1176 participants.

The sample was selected randomly from the National Health Service Users Database from Andalucía which is estimated to cover 98% of the population (ref). Interviews were

conducted by fully trained psychologists and took place either in the participant's local primary health care centre or in their homes.

All living participants between the ages of 18 and 80 were selected for participation in the study, divided into four age groups. Exclusion criteria were: being outside the age range, having lived in Granada province for less than a year, not being able to communicate fluently in Spanish, being too ill to be able to complete the interview, having a diagnosis of dementia or mental retardation, living in an institution (hospital, prison, etc), having moved or not living normally at the address we had been given by the Users Database, erroneous data from the Users Database (for example an incomplete address), we also included a reason for non-participation which was to not be able to ever contact the participant. Should a participant be excluded for any of the above reasons, interviewers could then replace that participant for someone else matched for age, sex and location.

## Assessment of Psychiatric Diagnoses

### *PD and PT Assessment*

We administered the Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) to establish whether participants had HPPD (90% or higher) (Moran et al., 2003). The SAPAS is a personality disorder screening mini-interview composed of eight dichotomous questions. It consists of eight yes/no questions and was developed from a longer semi-structured interview, the Standardised Assessment of Personality (Mann 1981) and validated in a sample of psychiatric patients, where it was found to have good psychometric properties, correctly identifying the presence of personality disorder in 90% of the patients, with a sensitivity and specificity of 0.94 and 0.85 respectively (Moran 2003). Subsequently the SAPAS has been validated in samples consisting of patients with substance abuse (1) (2) and

depression (3), confirming the findings from the original validation study. In previous studies it has been shown that people responding positively to three or more questions have a 90% probability of having a PD (Moran et al., 2003). We elevated the criterion from 3 to 4 questions positively answered, and considered these participants to have HPPD. The Spanish version was created using a back-translation method, which is a well known method of validating questionnaires across languages and cultures (Brislin, 1986); this method consists in taking the original English version and translating it into Spanish by one translator and then re-translating the Spanish back into English by a different translator to therefore be able to compare the two English versions and to detect any imperfections in the Spanish version. After completing this process we obtained a version that was accepted by the original author of the SAPAS. (Both versions can be found attached as an appendix at the end of the document)

Two personality traits (Neuroticism-anxiety and Impulsivity-Sensation Seeking) were also assessed using the appropriate sections of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) (Zuckerman M., 2002). Since the ZKPQ first appeared in 1993 it has been submitted to ample psychometric testing and has proved to have a good internal validity, temporal stability and reliability as well as being replicable in different cultures, as has been proven by its translations to different languages (Aluja et al., 2006; Goma-i-Freixanet, Valero, Punti, & Zuckerman, 2004; Rossier, Verardi, Massoudi, & Aluja, 2008; Wu et al., 2000).

#### *Mood disorders Assessment*

The psychiatric interview section was composed of the MINI International Neuropsychiatric Interview which generates Axis I DSM-IV and ICD-10 diagnoses for 16 mental disorders (Sheehan et al., 1998), two additional diagnoses of major depression with melancholia and mood disorder with psychotic symptoms, one Axis II diagnosis (antisocial personality disorder), as well as a suicidality module. This interview consists of one or two



screening questions asked to all participants at the beginning of each of the diagnostic sections. Any participants responding positively to the screening questions are then asked the complete set of that section's questions leading to ascertainment of that section's specific diagnosis. Prevalence of mood disorders were calculated using the information from the MINI interview, where diagnoses of mental disorders were determined by their answers about symptoms. Depending on the type of mood disorder the MINI can produce diagnoses either for current, past or both prevalences.

The MINI has been replicated in different cultures and has shown to have good psychometric properties in each language (Amorim, 2000; Kadri et al., 2005; Otsubo et al., 2005; Rossi et al., 2004). During its validation it has shown good or very good kappa values when compared to the SCID-P, as well as when compared to the CIDI, with most values being over 0.70. It has also shown high interrater reliability, and good sensitivity, as it does not generate too many false positives in healthy controls (Sheehan et al., 1998).

### *Neuropsychological Assessment*

Neuropsychological assessments were performed using the SCIP interview which provides scores on immediate and delayed verbal learning, working memory, verbal fluency and processing speed. The Spanish version has shown to have good test-retest reliability (0.74-0.90) and internal consistency Cronbach's alpha value of 0.73 (Pino et al., 2008).

### Assessment of correlates

Sociodemographic data were collected using the indications described in previous studies (Barona, Reynolds, & Chastain, 1984; Bilbao-Bilbao & Seisdedos, 2004). Information on

psychiatric family history was gathered using a modified version of the FIGS interview (National Institute of Mental Health (NIMH), 1992) in which we collected data on parents and siblings. We also assessed childhood experiences of abuse (Fink, Bernstein, Handelsman, Foote, & Lovejoy, 1995)(Fink, Bernstein, Handelsman, Foote, & Lovejoy, 1995), in which participants answered questions about sexual, psychological and physical abuse (Fink et al. 1995). Information about stressful life events was collected using the List of Threatening Experiences Schedule, a well validated 12 item questionnaire which determines whether a person has been exposed to a highly threatening life event in the past year (Brugha & Cragg, 1990). General health was assessed using the SF12 questionnaire which produces information about both emotional and physical health during the past four weeks (Gandek et al., 1998). Functional impairment was assessed using the Global Assessment of Functioning (GAF) (Hall & Hazard, 1994).

#### Statistical Analyses

Explorative assessment of data distributions, descriptive analyses including frequencies and mean values of all independent variables were calculated using SPSS. Chi square analysis were performed to explores univariant associations between the dependant variable (HPPD) and the rest of variables. The variables that turned out to be statistically significant in the univariant analysis were further explored adjusting the associations with HPPD by possible confusing factors such as age and gender. These multivariant analyses were performed using binary logistic regressions which also allowed us to calculate odds ratios of having a HPPD amongst patients that had been exposed to the independent variables versus those who hadn't.

We also calculated adjusted odds ratios (by sex and age) using logistic regression models between probability above 90% of having a PD or traits and mood disorders as well as all other risk factors.

## Results

### *Sample and demographics*

1176 residents of the province of Granada were approached; 367 (31%) refused to participate and 809 (69%) were finally interviewed for the project, of which 43.6% were male and 56.4% were female. Interviewees and non respondents were compared on age, sex and rurality, no significant differences were found on sex and rurality, although non respondents were significantly younger (43.70,  $p < 0.001$ ).

Among respondents, mean age was 47.06 (SD=16.53), ranging from 18 to 80; age was divided into 4 groups, with most respondents belonging to the 35-49 group (29.2%). Most interviewees (91.6%) lived in urban areas, whilst only an 8.4% lived in rural areas. As for educational level, 368 participants had completed secondary school or even higher education (45.5%), whilst 36% had completed primary school and 18.5% were not schooled. The most common working status was unemployed, representing 60.6% of the sample, whilst only 39.4% were in current employment. As for marital status, 73.1% of the sample was in some sort of stable relationship and 26.9% was not. See Table 1 for socio-demographic results.

		<i>N= 809</i>	<i>%</i>	<i>mean</i>
<b>Gender</b>	Male	353	43.6	
	Female	456	56.4	
<b>Age</b>	18-34	221	27.3	
	35-49	236	29.2	
	50-64	192	23.7	
	65-80	160	19.8	
<b>Education level</b>	Non schooled	150	18.5	
	Primary school	291	36.0	
	Secondary school or above	368	45.5	
<b>Working status</b>	Employed	319	39.4	
	Unemployed	490	60.6	
<b>Marital Status</b>	In a stable relationship	591	73.1	
	Not in a stable relationship	218	26.9	
<b>Barona Index</b>	Under 65 years old			112.50
	Over 65 years old			87.45

**Table 1.** Socio-demographic variables

#### *Prevalence of HPPD and Personality Traits*

Out of the 809 respondents 669 (82.1%) had a score of 3 or lower positive answers on the SAPAS, and 145 (17.9%) had a score of 4 or above, putting them at risk having HPPD. From the 8 items included in the SAPAS questionnaire the one that received most positive scores was that on worry, with 452 participants (55.9%) of all respondents considering they worry in excess; this item was closely followed by perfectionism, in which 445 (55%) of the sample considered themselves perfectionists. 33.1% and 32.6% of the sample, respectively, stated that they get angry easily or are normally impulsive. Trust, dependence and loneliness were found on 25.8%, 24% and 23% respectively. The item less often answered positively is the one referring to finding and maintaining friendships, with only 8.9% of the sample responding positively. See table 2 for results for each item.

	<i>N</i>	%
<i>Worry</i>	452	55.9
<i>Perfectionism</i>	445	55
<i>Anger</i>	268	33.1
<i>Impulsivity</i>	264	32.6
<i>Trust</i>	209	25.8
<i>Dependence</i>	194	24
<i>Loneliness</i>	186	23
<i>Friendship</i>	72	8.9

**Table 2.** Response rate to each item of the SAPAS questionnaire

The scores on impulsivity and neuroticism were transformed into 0-1 continuums, with a mean score of .20 for impulsivity (SD= 0.28) and 0.41 for neuroticism (SD=0.26). Logistic regressions also showed the influence of impulsivity (OR=7.19;CI 3.99-12.96) and neuroticism (OR=35.69; CI 15.92-80.01) on the likelihood of having HPPD. The prevalence of mood disorders in the sample is displayed in Table 3.

	<i>N</i>	%
Current Major Depression	107	13.2
Recurrent Major Depression	57	7
Major Depression with Melancholic symptoms	77	9.5
Current mood disorder with psychotic symptoms	6	0.7
Current Dysthymia	29	3.6
Lifetime hypomanic episode	17	2.1
Current hypomanic episode	3	0.4
Past hypomanic episode	14	1.7
Lifetime manic episode	15	1.9
Current manic episode	5	0.6
Past manic episode	10	1.2
Any lifetime mood disorder	146	17.9
Any current mood disorder	129	15.9
Any past mood disorder	76	9.4

**Table 3.** Frequency of mood disorders

### *Risk factors for HPPD*

When examining possible mood disorders we found that current MDD (OR=3.98; CI 95%=2.55-6.19), recurrent MDD (OR=4.58; CI 95%= 2.62-8.02), MDD with melancholia (OR=3.97; CI 95%=2.41-6.54), MDD with psychotic symptoms (OR; 8.41; CI 95%=1.51-46-72), mania (OR=2.96; CI 95%=1.02-8.51), current dysthymia (OR=3.12; CI 95%=1.53-7.13), mixed anxiety and current MDD (OR=3.79; CI 95%=2-7.15), as well as any past (OR=3.82; CI 95%=2.31-6.30), current (OR=3.90; CI 95%=2.56-5.92) or lifetime (OR=3.73; CI 95%=2.40-5.59) mood disorder was associated with an increased risk of having HPPD.

Impulsivity was associated with a substantially increased risk of HPPD (OR=7.19; CI 95%= 3.99-12.96), whilst neuroticism had an even much stronger influence (OR= 35.69; CI 95%= 15.92-80.01).

Figure 1 shows all factors appearing to associate with HPPD. Chi-square tests showed that women were more likely to have a high probability of having HPPD than men, making up 65.5% of the sample of those with HPPD, whilst men only made up 34.5%. Multivariate analyses using binary logistic regressions we found that sex as a factor increases the risk of having HPPD (OR=1.6, CI 95%=1.11-2.37). Having a family history of mental disorder also increased the risk of having HPPD (OR=2.04; CI 95%=1.40-2.98). Out of the three types of child abuse we found only psychological abuse showed to have an effect increasing the risk for HPPD (OR=2.42; CI 95%=1.42-4.09). Similarly, having had at least one stressful life event in the past 12 months also increased the likelihood of HPPD (OR=1.63; CI 95%=1.04-2.54). Having a moderate suicide risk also showed to have quite a strong influence on the probability of having HPPD (OR= 4.13; CI 95%=2.61-6.53).

We also found several factors that decrease the probability of having HPPD. Hence, both better physical and emotional current health status as measured with the SF-12 were associated with lower probabilities of having HPPD (OR= 0.93; CI 95%= 0.92-0.99). Similarly, a

lower risk for HPPD was found among those with better functionality (higher GAF scores; OR=0.95 (CI 95%= 0.94-0.96), better working memory scores (OR= 0.95;CI 95%= 0.91-0.99) and better mean verbal fluency scores (OR= 0.96; CI 95%= 0.94-0.99).

	OR	95% CI	
		Lower	Upper
Gender	1.62	1.11	2.36
Family history of mental disorders	1.58	1.08	2.31
Psychological abuse during childhood	2.42	1.42	4.09
Stressful life events	1.63	1.04	2.54
Suicide risk	4.13	2.61	6.53
SF12 Physical Scores	0.93	0.92	0.95
SF12 Emotional Scores	0.93	0.92	0.95
GAF	0.95	0.94	0.96
Impulsivity	7.19	3.99	12.96
Neuroticism	35.69	15.92	80.01
Working Memory	0.95	0.91	0.99
Verbal Fluency	0.96	0.94	0.99
Current MD	3.98	2.55	6.19
Recurrent MD	4.58	2.62	8.02
Mania	2.96	1.02	8.51
MDD with melancholic symptoms	3.97	2.41	6.54
Mood Disorder with psychotic symptoms	8.41	1.51	46.72
Current dysthymia	3.31	1.53	7.13
Mixed any anxiety disorder and current MDD	3.79	2.00	7.15
Any mood disorder past	3.82	2.31	6.30
Any mood disorder current	3.90	2.56	5.92
Any mood disorder lifetime	3.73	2.48	5.59

**Table 4.** Significant ORs adjusted y sex and age

## Discussion

The present study set out to estimate global HPPD prevalence in a community based general population sample of the province of Granada, as well as to find out the mean scores of personality traits in the community, and what potential factors influence the risk for HPPDs, with a special focus on mood disorders. Thus, we assessed 809 community-dwelling participants on sociodemographic data, a large group of potential risk factors, mood disorders and personality.

### *Prevalence of HPPDs*

We found that 17.9% of the population included in our study were at risk of having a personality disorder, as defined by a score of 4 or above on the SAPAS. This prevalence is higher than has been proposed for prevalence of PDs in other community samples, which is estimated to be about 10% (Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa, & Nestadt, 2002a; Torgersen et al., 2001). However, caution needs to be exercised in interpreting prevalence figures from a screen interview. The SAPAS is not a case detector for PD and the proportion of high scorers on the measure represent an at-risk sample who warrant more detailed assessment with a detailed semi-structured interview, such as the SCID-II.

On the other hand it is interesting to have this result as it shows that the presence of HPPDs in general population could be higher than previously thought , and possibly that, even when categorically measured PDs could be much less prevalent, there are latent HPPDs dimensions affecting a wider range of the population. This is an important epidemiological result that can support the need for new approaches to PDs diagnosis as those newly suggested by DSM-5. Thus, this new proposed model is a mixed dimensional-categorical model that stresses the importance of personality functioning, especially in two areas: self and



interpersonal. This new model helps to explain what it is that tips the balance between having and not having a PD, in as much as it explains that having pathological personality dimensions is not enough to diagnose someone with a PD, we also need to know how these dimensions are affecting a person's functionality (<http://www.dsm5.org>).

Indeed, we examined global functionality using GAF, and found that a high score could be a protective factor against HPPD, but we have not assessed the specific areas of self and interpersonal functioning which the DSM-5 considers to be the central aspects of functioning that influence personality. To assess both these areas the Levels of Personality Functioning Scale has been designed. It would be interesting to assess a sample of participants with SAPAS as well as the Levels of Personality Functioning Scale to be able to establish a connection between scores on SAPAS and PDs as they are now being defined by DSM-5, as this could have a larger impact on the development of a PD than global functionality.

#### *Mood Disorders and HPPDs*

We also determined the correlates of HPPD, with special emphasis on mood disorders. We have studied mood disorders thoroughly and consider their role as potential (cross-sectional) risk factors, as opposed to what has been reported previously (Boyce et al., 1991; Charney, Nelson, & Quinlan, 1981; Cheour, Tabbene, Khiari, & Douki, 1999; Christensen & Kessing, 2006; Davidson, Miller, & Strickland, 1985; Fanous, Neale, Aggen, & Kendler, 2007). Having included such a large range of mood disorders has allowed us to examine associations with some that have been previously been neglected, such as mood disorder with psychotic features. To the best of our knowledge, this association has not been reported before. The rest of the mood disorders we examined that associated with the appearance of HPPD did so less strongly, although they all increased the risk for HPPD by at least 3-fold.

### *Personality Traits and HPPDs*

As for personality traits, we have again used a novel approach in which we examined how the presence of certain personality traits can influence the appearance of HPPD. Both of the traits we examined associated strongly with the development of HPPD, especially in the case of neuroticism, which increased the risk for HPPD by more than 35 times. Neuroticism does also associate strongly with HPPDs. These findings illustrate the importance of studying the influence of personality traits on PDs, an issue that has been surprisingly neglected by previous studies PD. This could have some implications for prevention of PDs, as some widely available psychotherapeutic approaches have shown to be able to target impulsivity and/or neuroticism relatively effectively what, in turn, may minimize the emergence of HPPDs. All these risk factors that we have reported could be included in a model for assessment of risk to develop a PD. It seems like the most important indicators to look for are mood disorders with psychotic symptoms and personality traits such as impulsivity or neuroticism. Other potential risk factors we included in our analysis that associate with HPPD include being female, having a family history of mental disorders, having suffered psychological abuse during childhood, having suffered at least one threatening life event in the past year and having a moderate risk of suicide. All these risk factors have been reported before influencing both PDs and other mental disorders (Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa, & Nestadt, 2002b)(Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa, & Nestadt, 2002).

## Conclusions

We have found that HPPDs are common among the community population and have identified certain potential risk factors that could increase the risk for HPPD. Some of these risk factors, we pose, can be acted upon, hence minimizing the potential risk for HPPDs. Our results also seem to be congruent with the new, more-dimensional perspectives for PD diagnosis proposed by the DSM-5 and herald the importance to take into account both personality functioning and pathological personality traits in the assessment of persons with PD.

Appendix

**Standardized Assessment of Personality- Abbreviated Version (SAP-AS)**

**Patient Details**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Sex:** M/F (Indicate with a circle)      **Birth Date:** \_\_/\_\_/\_\_

**Ethnicity:** \_\_\_\_\_

**Main Psychiatric Diagnosis** (If there is one): \_\_\_\_\_

---

Please give the following explanation before proceeding with the questions:

*“I would like to ask you a few questions about yourself. Your answers will help me to understand better the way you are normally. If the way you have been like in the last weeks or months is different to what you normally are like, please try to remember how you normally were.”*

**Note: Only mark ‘Yes’ (or in the case of question 3 ‘No’), if the clients thinks that the description can be applied to them in most occasions/more frequently yes than no and in most situations.**

- |   | Please mar |
|---|------------|
| 1. <i>Generally</i> , are you a person who has difficulties finding and maintaining friendships?  | Y/N        |
| 2. Would you <i>normally</i> describe yourself as solitary?   | Y/N        |
| 3. <i>Generally</i> , do you trust other people?  | Y/N        |
| 4. Do you <i>normally</i> get angry easily?   | Y/N        |
| 5. Are you normally impulsive?<br>(For example: Do you rush into most things without thinking about the consequences?)                    | Y/N        |
| 6. Do you <i>normally</i> worry too much?   | Y/N        |
| 7. <i>Generally</i> , do you depend on others a lot?  | Y/N        |
| 8. <i>Generally</i> , are you a perfectionist?<br>(Make sure that this applies to most tasks- not only to isolated areas of his/her life) | Y/N        |

# Valoración Estandarizada de Personalidad- Escala Abreviada (VEP-EA)

## Detalles del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: M/F (marcar con un circulo) Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Grupo étnico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal (si existe): \_\_\_\_\_

---

Por favor de la siguiente explicación antes de proceder con las preguntas:

*‘Me gustaría hacerle unas preguntas sobre sí mismo. Sus respuestas me ayudarán a comprender mejor cómo es usted normalmente. Si la forma en que usted ha sido en las últimas semanas o meses es diferente a cómo es usted normalmente, por favor remóntese a cómo era usted normalmente’*

**Nota: Sólo marque ‘Sí’ (o en el caso de la pregunta 3 ‘No’), si el cliente piensa que la descripción se aplica a ellos la mayoría de las veces/más a menudo sí que no y en la mayoría de las situaciones.**

Por favor marque

- |  |     |
|--|-----|
| 1. En general, ¿tiene usted dificultades para conseguir o mantener amistades?  | S/N |
| 2. ¿Normalmente se describiría a sí mismo como una persona solitaria?  | S/N |
| 3. En general, ¿confía usted en los demás?   | S/N |
| 4. ¿Normalmente se encoleriza usted con facilidad?   | S/N |
| 5. ¿Es usted normalmente un tipo de persona impulsiva?<br>(Por ejemplo: ¿Se apresura con la mayoría de las cosas sin pensar en las consecuencias?) | S/N |
| 6. ¿Normalmente se preocupa usted en exceso?   | S/N |
| 7. En general, ¿depende usted mucho de los demás?  | S/N |
| 8. En general, ¿es usted perfeccionista?<br>(Asegúrese de que esto se aplica a la mayoría de las tareas- no sólo a áreas aisladas de su vida)      | S/N |

## References

- Aluja, A., Rossier, J., Garcia, L. F., Angleitner, A., Kuhlman, M., & Zuckerman, M. (2006). A cross-cultural shortened form of the ZKPQ (ZKPQ-50-cc) adapted to english, french, german, and spanish languages. *Personality and Individual Differences, 41*(4), 619-628.
- Amorim, P. (2000). Mini international neuropsychiatric interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 22*(3), 106-115.
- Barona, A., Reynolds, C. R., & Chastain, R. (1984). A demographically based index of premorbid intelligence for the wais-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(5), 885-887.
- Berlanga, C., Heinze, G., Torres, M., Apiquian, R., & Caballero, A. (1999). Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *Psychiatric Services, 50*(3), 376-380.
- Bilbao-Bilbao, A., & Seisdedos, N. (2004). The efficacy of a formula for estimating premorbid intelligence in the spanish population. *Revista De Neurologia, 38*(5), 431-434.
- Black, D., Bell, S., Hulbert, J., & Nasrallah, A. (1988). The importance of axis-ii in patients with major depression - a controlled-study. *Journal of Affective Disorders, 14*(2), 115-122.
- Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., & Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry, 159*, 106-114.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner, & J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-164). Beverly Hill: Sage Publications.
- Brugha, T. S., & Cragg, D. (1990). The list of threatening experiences - the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 82*(1), 77-81.
- Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Gether U, Kessing LV. Clinical utility of Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS) among patients with first episode depression. *J Affect Disord* 2010 December;127(1-3):199-202.
- Charney, D., Nelson, J., & Quinlan, D. (1981). Personality-traits and disorder in depression. *American Journal of Psychiatry, 138*(12), 1601-1604.
- Cheour, M., Tabbene, K., Khiari, G., & Douki, S. (1999). Influence of personality disorder on the course of manic-depressive illness. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique, 25*(1), 73-76.
- Christensen, M., & Kessing, L. (2006). Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nordic Journal of Psychiatry, 60*(2), 79-88.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in great britain. *British Journal of Psychiatry, 188*, 423-431.

- Davidson, J., Miller, R., & Strickland, R. (1985). Neuroticism and personality-disorder in depression. *Journal of Affective Disorders, 8*(2), 177-182.
- Fanous, A. H., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins RID B-1418-2008. *Psychological Medicine, 37*(8), 1163-1172.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview - a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry, 152*(9), 1329-1335.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 1171-1178.
- Goma-i-Freixanet, M., Valero, S., Punti, J., & Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the zuckerman-kuhlman personality questionnaire in a spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment, 20*(2), 134-146.
- Hall, R. C. W., & Hazard, S. C. (1994). Global assessment of functioning - a modified scale. *Psychosomatics, 35*(2), 186-186.
- Hesse M, Rasmussen J, Pedersen MK. Standardised assessment of personality - a study of validity and reliability in substance abusers. *BMC Psychiatry 2008*;8:7.
- Hesse M, Moran P. Screening for personality disorder with the Standardised Assessment of Personality: Abbreviated Scale (SAPAS): further evidence of concurrent validity. *BMC Psychiatry 2010*;10:10.
- Kadri, N., Agoub, M., El Gnaoui, S., Alami, K. M., Hergueta, T., & Moussaoui, D. (2005). Moroccan colloquial arabic version of the mini international neuropsychiatric interview (MINI): Qualitative and quantitative validation. *European Psychiatry, 20*(2), 193-195.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry, 62*(6), 553-564.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783-1793.
- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (2003). Standardised assessment of personality-abbreviated scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 183*, 228-232.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1992). In National Institute of Mental Health (NIMH) (Ed.), *Family interview for genetic studies (FIGS)*. Washington D.C.: National Institute of Mental Health (NIMH).
- Ocana-Riola, R., & Sanchez-Cantalejo, C. (2005). Rurality index for small areas in Spain. *Social Indicators Research, 73*(2), 247-266.

- Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., Shinoda, J., Sano, N., Tanaka, S., et al. (2005). Reliability and validity of Japanese version of the mini-international neuropsychiatric interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5), 517-526.
- Pepper, C., Klein, D., Anderson, R., RISO, L., Ouimette, P., & Lizardi, H. (1995). Dsm-iii-R axis-ii comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 239-247.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gomez-Benito, J., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., et al. (2008). Spanish version of the screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 139-148.
- Rossi, A., Alberio, R., Porta, A., Sandri, M., Tansella, M., & Amaddeo, F. (2004). The reliability of the mini-international neuropsychiatric interview - Italian version. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 561-563.
- Rossier, J., Verardi, S., Massoudi, K., & Aluja, A. (2008). Psychometric properties of the French version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 203-217.
- Samuels, J., Eaton, W., Bienvenu, O., Brown, C., Costa, P., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Swann, A. C., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Manic symptoms during bipolar depression: Impulsivity and suicidality. *Neuropsychopharmacology*, 30, S240-S240.
- Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M., & Moeller, F. G. (2008). Impulsivity: Differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 241-248.
- Tonna, M., De Panfilis, C., Provini, C., & Marchesi, C. (2011). The effect of severity and personality on the psychotic presentation of major depression. *Psychiatry Research*, 190(1), 98-102.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Wu, Y. X., Wang, W., Du, W. Y., Li, J., Jiang, X. F., & Wang, Y. H. (2000). Development of a Chinese version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Reliabilities and gender/age effects. *Social Behavior and Personality*, 28(3), 241-249.
- Zuckerman M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. In M. De Raad, & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment* (pp. 377-396). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.