

LA DEPRESIÓN: ¿UN TRASTORNO DIMENSIONAL O CATEGORIAL?

Diana Agudelo*, Charles Donald Spielberger**, Gualberto Buela-Casal*

SUMMARY

One of the crucial subjects, either for the clinical or scientific activity, is the dimensional or categorical character of depression and other mental diseases. Each approach is different from the theoretical and epistemological points of view.

At presence, the categorical model for the definition and estimation of the presence of a disorder are reflected in the data on epidemiology, the results of investigations, instruments and the interventions. These elements are related to a system of thinking which results in a particular form of conceiving the psychopathology and intervention. Nevertheless, the strong influence of the categorical model in which the disorders are defined as a group of accomplished criteria has not prevented from development of a dimensional model. The latter postulates the existence of a continuum between the normality and pathology which correspond with dimensions, levels and severity related to the certain behaviours, traits or even symptoms.

The interest in the dimensional approach to psychopathology, in general and in mood disorders, is caused by the observation in clinics which indicate, for example, that many patients do not improve with medicines and present residual symptoms during long periods of time. For these reasons, some personality factors which would explain the chronic symptoms of disorders have been proposed in Psychology and Psychiatry. Although the diagnostic manuals consider different types of mood disorders, many investigations have showed the possibility to consider depression as a continuum, where the least severe extreme would be the depressive personality and the most severe, major depression.

According to the abovementioned proposal, it is possible that some people present certain vulnerability which would explain the different answers in case of depression. Cognitive factors, together with social and genetic factors increase the risk of chronic depressive symptoms. The catastrophic perception of self, the world and future, the dichotomous thinking and tunnel vision are the cognitive factors associated with the presence of the mood disorders symptoms. Additionally, some studies show the importance of gender, as women are more prone to develop depression and similar disorders which is related to traditional social roles. This can be caused by the need to sacrifice the professional career to dedicate time to housework, or to assume multiple roles. Concerning the genetic factors, the presence of first degree relatives with mood disorders increases the risk of development of depression or dysthymia.

The consideration of depressive personality is based on the presence of symptoms which do not fulfil the criteria of severity and frequency of major depression but do affect the mood. The presence of these stable traits is related to major chronicity and worse prognosis. This condition has been described in manuals as dysthymia. Nevertheless, as it remains relatively stable in time it could be understood as a personality disorder. The disorder would be a continuum with the normality similar to this described as neuroticism in which some entities are qualitatively and quantitatively different which represent the categories.

The analysis of what has been described above shows the possibility of differentiation between the mood disorders which are related to the dimensional focus where some traits increase the vulnerability to develop them. On the other hand, the categorical focus requires the accomplishment of the diagnostic criteria.

The cognitive models also support the existence of depressive personality disorder. These models emphasize the importance of schemes in thinking which are created in childhood together with the attachment to the caretaker. The schemes are the basis for the future relationships which in case of mood disorders are always perceived with continuous thread of abandonment and lost. On the other hand, the behavioural models emphasize the patterns of negative interpersonal interaction in childhood, as the factors which predispose to the development of depression, whereas the psychodynamic theories establish the successive lost during the lifetime as the principal cause of mood disorders. All these theories show the existence of unfavourable emotional conditions which cause a certain vulnerability to develop symptoms of depression.

The dimensional focus on depression is also supported by the evidence on the distinction between the disorders according to the severity. The difference between the normality and the psychopathology is not as clear as in the categorical focus. There is a necessity to develop new forms of evaluation which would enable the differentiation between the stable traits and punctual states of mood. At presence, most of the questionnaires are based on the categorical classification which makes the estimation from the dimensional point of view more difficult. On the other hand, the measures which provide differentiation between the traits and states are an alternative to estimate the stable conditions which would be related to the depressive personality and also specific reactions which depend on the present situation.

Most of the instruments have been developed on the basis of the categorical model in which the diagnosis is the presence or

*Universidad de Granada, España.

**University of South of Florida, EU.

Recibido: 20 de julio de 2006. Aceptado: 22 de noviembre 2006.

absence of a disorder according to the diagnostic criteria. For this reason they do not have sufficient sensitivity to determinate less severe levels which are also important in clinical interventions as they allow the estimation of the improvements and decrease of symptomatology. The dimensional focus allows the preventive interventions in mood disorders which are very important to solve this serious health problem in the population.

Key words: Depressive personality, dimensionality, dysthymia, depression.

RESUMEN

El tema del carácter dimensional o categorial de la depresión, así como de otros trastornos mentales, es un asunto de gran relevancia científica y clínica. Las implicaciones de la existencia de un modelo categorial en la actualidad para definir y estimar la presencia de un cuadro clínico se ven reflejadas en los datos epidemiológicos, los resultados de las investigaciones y los mismos instrumentos de medida, así como en los programas de intervención que se llevan a cabo.

No es nuevo en la Psicología y en la Psiquiatría pensar en la existencia de factores asociados a la personalidad, capaces de explicar buena parte de las condiciones crónicas de muchos trastornos, y a pesar de que en los manuales diagnósticos vigentes se diferencian los distintos tipos de trastornos del estado de ánimo, muchas investigaciones ponen de manifiesto la posibilidad de considerar la depresión a lo largo de un continuo, donde en el extremo menos grave se encontraría la personalidad depresiva y en el extremo más grave el trastorno depresivo mayor.

En este sentido, se ha planteado la existencia de cierta forma de vulnerabilidad que explicaría la respuesta diferencial en cuanto a depresión se refiere. Así, se ha hablado de factores cognitivos que unidos a factores sociales y genéticos, aumentan el riesgo de sufrir síntomas depresivos crónicos.

La consideración de la existencia de un trastorno depresivo de la personalidad se ampara en la presencia de síntomas que sin cumplir los criterios de gravedad y frecuencia necesarios para dar cuenta de un episodio depresivo mayor, sí generan un patrón de respuesta sistemático que afecta el estado de ánimo. Esta condición ha sido descrita en los manuales como distimia que, debido a su permanencia en el tiempo, podría llegar a ser una condición subsumida por el trastorno de personalidad. Dando cuenta, en este sentido, de un continuo con la normalidad, se le puede identificar como el rasgo que describe el neuroticismo y en cuyo recorrido pueden aparecer entidades discretas, diferentes cuantitativa y cualitativamente que marcarían la presencia de entidades categoriales.

La estimación del carácter dimensional de la depresión está apoyada por la evidencia de la distinción entre los trastornos en función de la gravedad de afectación, de tal forma que dentro de las implicaciones directas para considerar la depresión como un constructo dimensional es necesario admitir la relación de lo psicopatológico con los procesos normales como una diferencia de carácter cualitativo.

Una de las implicaciones que conlleva a considerar la existencia de la depresión como una dimensión, es suponer el desarrollo de nuevas formas de evaluación capaces de diferenciar entre rasgos estables y estados puntuales de la afectación sobre el ánimo, ya que en la actualidad, la mayor parte de los cuestionarios de evaluación está basada en la clasificación categorial lo que dificulta la

estimación de la condición dimensional. Adicionalmente, dado que la mayoría de estos instrumentos han sido desarrollados sobre la base de la existencia de la presencia o la ausencia del cuadro en función de los criterios diagnósticos, no es posible establecer sensibilidad sobre la determinación de niveles de afectación menos graves, que en la labor clínica tienen una gran relevancia pues permiten una estimación de la mejoría con la disminución de la sintomatología.

Lo anterior supone el desarrollo de alternativas de intervención más puntuales, dirigidas incluso a procesos preventivos frente a los posibles factores de vulnerabilidad frente al desarrollo de importantes trastornos como los tipificados en los trastornos del estado de ánimo, mismos que constituyen un importante problema de salud pública en la actualidad.

Palabras clave: Personalidad depresiva, dimensionalidad, distimia, depresión.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la dimensionalidad de la depresión frente a la existencia de un modelo diagnóstico categorial como el vigente, es un tema que genera especial controversia y que conlleva una serie de consecuencias en el plano de la práctica clínica y en la investigación. Por lo tanto, el abordaje de este interrogante supone una revisión de los trastornos relacionados con el estado de ánimo y de cómo su caracterización permite identificar aspectos más estables y duraderos frente a otros de tipo más episódico y que podrían, entonces, dar cuenta de la confusión entre lo categorial y lo dimensional.

La idea tradicional sobre la depresión supone la visión de un trastorno periódico y limitado en el tiempo; sin embargo, desde Kraepelin, varios autores han señalado la presencia de casos crónicos (59), pero sólo recientemente ha sido objeto de investigación sistemática (46) y de atención clínica (42). Según Pakriev, Shlik y Vasar (50), la depresión tiende a ser recurrente y crónica. Así, se indica que aunque cerca del 80% de los pacientes responden a los tratamientos, únicamente 50% consigue una remisión total del cuadro (15). Entre los pacientes que se recuperan, se estima que cerca de 50% recae durante los dos años posteriores y este riesgo de recaída aumenta en función de la edad temprana de inicio y del número de episodios depresivos previos (60).

Dada la circunstancia de esta cronicidad, muchos estudios se han centrado en los predictores clínicos del resultado y la cronicidad de la depresión, entre ellos el número de episodios (17) y los factores psicosociales (16) como la vulnerabilidad al estrés (18), la ausencia de habilidades sociales (42), los factores cognitivos (23, 36, 51), las variables sociodemográficas (24, 45) y el impacto del ambiente familiar en la infancia (42), entre otros.

Es importante resaltar que el hecho de otorgar especial interés a los factores psicosociales en el mantenimiento

miento de la cronicidad de la depresión, no implica desconocer el efecto de factores genéticos y neurobiológicos (13, 48).

En suma, los datos sobre la vulnerabilidad frente al desarrollo de trastornos psicopatológicos como los del estado de ánimo, indican que los factores sociales ejercen una gran influencia sobre la prevalencia de la depresión, pero este efecto no es independiente de una determinada vulnerabilidad genética, por lo que, de hecho, se incrementa el riesgo debido a la confluencia de ambos tipos de factores. Por otra parte, las experiencias tempranas pueden influir en el desarrollo de la vulnerabilidad aunque los efectos de dichas experiencias pueden demorar mucho en hacerse evidentes, generando relaciones inadecuadas entre el individuo y su entorno social (22).

A pesar de la evidencia aportada por múltiples estudios sobre la vulnerabilidad a la depresión, pocos se han ocupado de indagar las causas por las que algunos individuos permanezcan crónicamente deprimidos, mientras que otros experimentan una remisión o un curso episódico de la depresión.

EL PROBLEMA DE LA CRONICIDAD DE LA DEPRESIÓN

La preocupación por el tema de la depresión crónica se ve reflejado en los sistemas de clasificación. Así, hasta la tercera edición del DSM (6) no se introduce un concepto para definir este cuadro mediante la categoría de trastorno distímico (59). Luego en el *DSM-III-R* (7), se distinguió entre la condición depresiva crónica media y de inicio insidioso y aquellas otras formas con un síndrome completo y de inicio agudo. Mientras la primera se clasificaba dentro de la distimia, la segunda se agrupaba como un subtipo crónico de la depresión mayor. El trastorno distímico se considera como una condición clínica media y crónica (3).

Akiskal y cols. (4) encontraron que las personas con distimia mostraban un curso fluctuante y a menudo experimentaban exacerbaciones de los síntomas que cumplían los criterios para un episodio depresivo mayor. Keller y Shapiro (38) describieron un fenómeno similar y propusieron el término “doble depresión” para referirse a aquellos casos en los que los episodios crónicos de depresión mayor estaban sobreimpuestos a una distimia preexistente. Investigaciones posteriores han indicado que la diferencia entre ambos cuadros (distimia y doble depresión) estriba en que en el último se presenta mayor comorbilidad con trastornos del eje I y el eje II, además de estar más relacionado con historia familiar de trastornos del ánimo y de la personalidad (40).

Respecto a la “doble depresión” se le considera como una sola entidad en la que, tras una condición distímica,

se presentan episodios depresivos. Sin embargo, la actual clasificación de los trastornos del estado de ánimo no incluye esta categoría y en esos casos los pacientes son diagnosticados con los dos trastornos (depresión mayor y distimia). Esto implica que se consideren como entidades clínicas distintas aunque comórbidas, cuando puede ser más probable que en el caso de los pacientes con doble depresión, se trate de dos fases diferentes de una única condición más que aumento o decremento de síntomas en respuesta a eventos vitales estresantes (40) entre los que aparecen, por ej., enfermedades como el SIDA (66). En la mayoría de los estudios se concluye que aunque casi todos los individuos deprimidos reportan la ocurrencia de un evento estresante antes del inicio del episodio, muchos otros que experimentan el mismo evento, o uno de similares características, no se deprimen (49).

Este asunto lleva al planteamiento de la estimación de la influencia de la personalidad en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo, que como ya se ha señalado se ve reforzada por datos como los aportados por Akiskal (3) en relación con la alta comorbilidad con trastornos del eje II, pero también indica cómo la disposición de los individuos para deprimirse no está determinada de manera idéntica en todos los seres humanos. Esta teoría de la vulnerabilidad puede ser vista a partir de un constructo continuo tal como el medido por el rasgo de neuroticismo, de tal forma que más que hablar de portadores o no portadores, sería más razonable pensar en un espectro de riesgo (49) donde la personalidad juega un papel relevante.

RASGOS DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN

La influencia de las características de personalidad se ha asociado, por ejemplo, con el curso de los trastornos afectivos en cuanto a la mayor gravedad de los síntomas, la mayor frecuencia en las recaídas y los peores resultados en el tratamiento. Concretamente, para el caso de la depresión unipolar se ha encontrado una fuerte asociación entre alto neuroticismo e incremento en los síntomas depresivos (14, 43, 60). Otros estudios como el de Ramklint y Ekselius (53) muestran que la proporción de trastornos de personalidad es mayor en personas deprimidas que en población general. Además, dichos trastornos se encuentran fuertemente asociados con el inicio temprano de la depresión mayor (37, 54, 65).

Griens, Jonker, Spinhover y Blom (25) plantean que hay rasgos de la personalidad que se muestran especialmente elevados durante el episodio depresivo, tales como los niveles de emocionalidad, el neuroticismo y la dependencia interpersonal, los cuales reflejarían estados de la personalidad, mientras que otros rasgos como la

rigidez o la apertura se muestran más estables y reflejarían, por lo tanto, rasgos de la personalidad. Según Griens y cols. (25), es importante considerar, a la hora de evaluar las características de la personalidad durante el episodio depresivo, cómo algunos rasgos pueden estar influenciados por la depresión y, sin embargo, no reflejar una personalidad premórbida, es decir, que contrariamente a lo descrito en otros estudios, más que pensar en cómo la depresión es una consecuencia de determinados rasgos de personalidad, habría que considerar cómo la depresión activa e incluso puede contribuir a generar ciertos rasgos y formas de respuesta más estables y constitutivos de un rasgo de personalidad.

Rossi y cols. (56) encontraron que el trastorno de personalidad por evitación estaba relacionado de forma significativa con los trastornos depresivos, lo cual apoya hallazgos previos como el de Bataglia, Przybeck, Bellodi y Cloninger (10) sobre la correlación entre la dimensión de personalidad de evitación del daño y el trastorno de personalidad dependiente y de evitación en pacientes con trastornos depresivos. Posteriormente, Marijnissen, Tuinier, Sijben y Verhoeven (44) encontraron que los pacientes con depresión puntuaban bajo en auto-dirección y alto en evitación del daño, indicando rasgos de personalidad más duraderos en los pacientes con depresión mayor. Estos autores concluyen que el rasgo de evitación del daño es bastante cercano a la dimensión de neuroticismo previamente descrita por otros autores y reforzada por los hallazgos de Grucza, Przybeck, Spitznagel y Cloninger (26). Estos datos dan soporte a la influencia de los factores de personalidad y al desarrollo de trastornos del ánimo, lo que permitirá ayudar a establecer estrategias de prevención e intervención frente a estos importantes trastornos clínicos (26, 53).

¿EXISTE UN TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD?

Para intentar el abordaje de esta pregunta en busca de una respuesta, habría que plantear que si las diferencias disposicionales influyen en la manera en que los individuos experimentan estados afectivos negativos, quizás haya aspectos de la personalidad que influyen en cómo estos estados son experimentados. Así, el ánimo depresivo puede ser visto como un fenómeno multidimensional en el que una dimensión cuantitativa describiría la gravedad del humor depresivo y otros vectores describirían la relativa importancia de patrones específicos de síntomas que podrían denominarse dimensiones cualitativas. Por tanto, procede preguntarse no sólo sobre la comorbilidad con los trastornos de personalidad descritos en el *DSM-IV-TR* (9), sino,

más puntualmente, sobre la existencia de un trastorno depresivo de la personalidad que pueda explicar la respuesta diferencial de las personas en cuanto al curso y recuperación ante los distintos tipos de trastorno del ánimo.

La identificación de las bases del trastorno depresivo de la personalidad puede remontarse desde Kraepelin quien partía de la consideración de distintos tipos de temperamento, entre ellos el depresivo, el cual podría ser el precursor de los trastornos del estado de ánimo. El temperamento depresivo incluía rasgos de rechazo, desánimo, tristeza, sentimientos de inadecuación y baja autoestima, excesiva autocritica, juicios negativos acerca de sí mismo y de los otros, pesimismo, sentimientos de culpa y excesiva preocupación. Estas características son muy similares a las que el *DSM-IV* (8) describe en el apartado de trastorno depresivo de la personalidad incluido en el apéndice de entidades clínicas en estudio actual.

Al hacer una descripción histórica de la manera en que se ha abordado el tema de la personalidad depresiva, hay que recurrir a la exhaustiva revisión de Huprich (28) que indica cómo las perspectivas psicodinámicas, cognitivas, conductuales e incluso el modelo de enfermedad han descrito este tipo de personalidad y confluyen en un constructo causal similar y en un posible mecanismo común a través del cual dicho constructo se desarrolla en los individuos para dar origen a este tipo de personalidad. Este mecanismo consiste en una pérdida significativa a temprana edad, que puede recogerse bajo el concepto de "pérdida de objeto" (28), aunque este concepto está acuñado con base en las teorías psicodinámicas, surgidas a partir del planteamiento de Freud (21) en "Duelo y Melancolía" acerca de la noción de pérdida afectiva.

En opinión de Huprich (28) hay tres aspectos relevantes que marcarían este estilo de personalidad. Primero, la tendencia negativa, pesimista y excesivamente parca en la orientación de las personas hacia las relaciones con otros y con el mundo. Segundo, un estilo de interacción basado en la pérdida o en la frustración por la pérdida, en el que la ira es dirigida hacia el propio sujeto. Tercero, este patrón reprimido de frustración y decepción es activado a través de muchas situaciones, especialmente aquellas que representan pérdida o frustración. Cabe considerar que se cuestiona la validez del concepto "pérdida" cuando en muchos casos no es posible identificar sucesos en la vida de la persona que puedan considerarse como pérdidas y que puedan explicar la personalidad depresiva.

Las teorías cognitivas han enfatizado el papel de los esquemas disfuncionales tempranos como la causa de la personalidad depresiva, de tal forma que la interpretación de los acontecimientos diarios pasa por proce-

sos de pensamiento que están al servicio de los esquemas tempranos que generan respuestas negativas hacia sí mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se desarrollan en la infancia y son activados ante situaciones ambientales detonantes (12).

El modelo conductual a su vez, establece que la depresión puede ser causada por la presencia de un patrón de relación interpersonal negativo surgido en la infancia como consecuencia de hechos tempranos que generaron en el niño la sensación de un ambiente poco sensible a sus necesidades (ausencia de cuidados por parte de los padres, abandono, ausencia de refuerzo social, entre otros). Así, el mantenimiento de la depresión podría deberse a un excesivo reforzamiento negativo y a la ausencia de un reforzamiento positivo. De esta manera y al igual que en el modelo cognitivo, el modelo conductual es consistente con las teorías psicodinámicas en cuanto a la consideración de la pérdida en la etiología de la depresión (28).

Por su parte, teóricos como Ferster (19), plantearon al igual que los psicoanalistas, que la ira juega un importante papel en el mantenimiento de la depresión.

Desde la perspectiva médica, muchas investigaciones se han dirigido hacia la clasificación de la depresión sobre la base de factores fisiológicos, genéticos y de historia familiar. Los datos confluyen en que algunas personas diagnosticadas con distimia de inicio temprano tienen características que reflejan alteración de la personalidad (28).

Otro apoyo a la existencia del trastorno depresivo de la personalidad proviene de las observaciones de McDermut, Zimmerman y Chelminski (47) con respecto a la evaluación del curso del trastorno, en las que indican que los pacientes identificados con trastorno depresivo de la personalidad mostraron mayores niveles de morbilidad psiquiátrica pasada y de impedimento funcional, además de una exacerbación del episodio depresivo como reflejo de la temprana edad de inicio del trastorno, así como un incremento en la sintomatología y una mayor cronicidad de la depresión, mostrando importantes correlaciones con otras variables como la calidad de vida, el optimismo y la esperanza (34).

Los estudios anteriores ponen de manifiesto la existencia de un trastorno depresivo de la personalidad, sin embargo, también es claro que surge una controversia sobre el posible solapamiento entre este trastorno y la distimia que indica, por ejemplo, escasez de evidencia para justificar la inclusión de esta categoría diagnóstica (59). Otros autores como Klein (39), afirman que se trata de una variante de los trastornos depresivos. No obstante, en un estudio posterior Klein y Vosciano (41) los señalan como entidades empírica y conceptualmente diferentes, ya que la personalidad depresiva puede ser precursora o una expresión alter-

nativa de la depresión crónica. Huprich (32) ha demostrado la diferenciación entre el trastorno depresivo de la personalidad y otros trastornos del estado de ánimo en población psiquiátrica y en población universitaria (29, 30). De hecho, recientemente, Huprich (31) encontró que en la personalidad depresiva hay más rasgos perfeccionistas, autocriticos y negativistas, en comparación con otros controles psiquiátricos con trastornos del ánimo.

Algunos estudios han mostrado elevados niveles de rasgos de personalidad depresiva en familiares de pacientes con depresión crónica pero no episódica. Además, los rasgos de personalidad predicen el inicio del trastorno distímico, pero no el de la depresión mayor (40). Aunque la personalidad depresiva ha sido conceptualizada como el sustrato temperamental de los trastornos del estado de ánimo (3), es más probable que ésta represente una elaboración mediada social y cognitivamente de procesos de temperamento más básicos. Así, se incluyen modelos como el de las dimensiones del Afecto Positivo y el Afecto Negativo, relacionadas con dimensiones básicas como extraversión y neuroticismo. El modelo de Watson y Clark (67) plantea la hipótesis de que la baja Afectividad Positiva y la alta Afectividad Negativa forman la estructura principal del temperamento depresivo que predispone a los trastornos depresivos.

Respecto a la distinción entre distimia y personalidad depresiva, Phillips y cols. (52) así como McDermut y cols. (47), han indicado que mientras la primera enfatiza los síntomas somáticos, la segunda hace referencia a una particular constelación de rasgos de personalidad, muchos de los cuales son cognitivos e interpersonales. Además, la alteración del ánimo no tiene un papel tan relevante como sí lo tiene en el diagnóstico de la depresión y la distimia.

A pesar de la evidencia de comorbilidad con trastornos del eje I, no se ha demostrado un solapamiento completo entre ambos trastornos. Esto no excluye que pueda haber una estrecha relación entre ellos en función del inicio temprano de los rasgos que pueden predisponer a los individuos a desarrollar trastornos del eje I (61). Las observaciones de Phillips y cols. (52) respecto a los puntajes en nivel de funcionamiento encontrados en los participantes de su estudio, muestran que el nivel de deterioro es menor que el reportado por participantes con otros trastornos del estado de ánimo, lo que sugiere que la personalidad depresiva, aunque no se refiere a rasgos "normales" de la personalidad, sí podría dar cuenta de un continuo con rasgos "normales" que en el extremo puede llegar a ser disfuncional.

Desde la perspectiva de Huprich (28) no está claro si la distimia y el trastorno depresivo de la personalidad se solapan completamente y constituyen un mis-

mo constructo, por lo que se requieren nuevos estudios que den soporte a este asunto. Mucho más cuando algunos de los síntomas de la distimia parecen similares a los de la personalidad depresiva y cuando pacientes diagnosticados con distimia pueden presentar síntomas clínicos de personalidad depresiva. A su vez, Phillips y cols. (52), encontraron que a pesar de la evidencia de comorbilidad del trastorno depresivo de la personalidad con la distimia y con otros trastornos, también es posible que se dé en ausencia de dichas condiciones clínicas. Huprich (33) encontró que a pesar de que la personalidad depresiva muestra niveles moderados de correlación con otros trastornos de la personalidad, el grado de correlación disminuye en la medida que se controlan los síntomas depresivos.

McDermut y cols. (47) señalan que a pesar del solapamiento que puede encontrarse entre el trastorno depresivo de la personalidad, la distimia, la depresión mayor e incluso algunos trastornos de la personalidad como el de evitación y el *borderline*, el diagnóstico del trastorno depresivo de la personalidad no es subsumido por ningún otro trastorno del eje I o del eje II, lo que de nuevo sugiere su carácter de entidad diferenciada (35).

Los datos anteriores permiten afirmar que el diagnóstico de trastorno depresivo de la personalidad permite identificar personas con condiciones relativamente estables, que sugieren un nivel de incapacidad y que actualmente no está contemplado en las clasificaciones diagnósticas. Por lo tanto, se trata de una entidad que requiere un mayor estudio, incluyendo estudios familiares para aclarar su distinción respecto de los trastornos del eje I, ya que los datos de co-agregación familiar, tradicionalmente interpretados como evidencia de un modelo de los trastornos depresivos pueden ser vistos como espectro de gravedad y ubicarían la personalidad depresiva en el extremo menos grave. Por otra parte la distimia podría ser ubicada a la mitad del espectro y las formas crónicas de la depresión en el extremo más grave (41). Sin embargo, McDermut y cols. (47) encontraron que no se cumple con la tesis de que el trastorno depresivo de personalidad es una forma menos grave dentro del continuo. Así, al comparar personas con distimia y trastorno depresivo de la personalidad y personas con sólo distimia o sólo trastorno depresivo de la personalidad, indicaron que éste último grupo mostraba mayor nivel de gravedad, al igual que comorbilidad con trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

DISCUSIÓN

Aunque es muy pretensioso intentar responder a la interrogante sobre el carácter dimensional o categorial

de la depresión, dada la multiplicidad de posiciones al respecto y la ausencia de suficientes datos que avalen una u otra perspectiva, sí es importante, al menos, poner de relieve algunos de los principios básicos que definen esta coyuntura conceptual, puesto que muchas de las líneas de investigación actuales van por esta vía y además suponen cambios importantes no sólo dentro de la tarea diagnóstica sino en cuanto al abordaje terapéutico de estos trastornos.

El tema de la clasificación sugiere otro asunto relevante y es cómo la ubicación del trastorno depresivo de la personalidad, bien como trastorno del ánimo o como trastorno de la personalidad, depende de las definiciones que para ambos casos se tengan en el sistema de clasificación empleado.

Está claro que el sistema categorial ofrece limitaciones; desde el mismo *DSM-IV-TR* (9) en el que se indica por ejemplo, que no debe asumirse que las categorías clínicas sean entidades discretas con límites absolutos. Widiger (68) señala que los problemas del enfoque categorial se relacionan específicamente con la distinción entre personalidad y trastornos afectivos. No obstante, habría tres aspectos de las definiciones de los trastornos del ánimo y de los trastornos de la personalidad ofrecidas por el *DSM-IV-TR* (9) relevantes para determinar si el trastorno depresivo de la personalidad puede ser considerado como uno u otro tipo de trastorno. Primero, el papel central de la alteración del ánimo, segundo, el nivel en el que se consideran las características asociadas al trastorno y tercero, los tipos de características que constituyen los criterios diagnósticos (47).

De acuerdo con el *DSM-IV-TR* (9), los trastornos del ánimo se definen como trastornos donde la característica más relevante es la alteración del ánimo, por lo que el trastorno depresivo de la personalidad ya no cabría dentro de esta categoría puesto que según se ha señalado previamente, ésta no es la característica más destacada. De hecho, no es ni necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico.

Con respecto al segundo punto, mientras las características de los trastornos depresivos del eje I se conceptúan al nivel de síntomas, en el trastorno depresivo de la personalidad las características asociadas se consideran como rasgos estables y duraderos.

Por último, a partir del solapamiento, los síntomas de los trastornos del ánimo difieren de otro tipo de rasgos asociados con el trastorno depresivo de la personalidad. Así, mientras los trastornos del ánimo recogen síntomas relacionados con la emoción, la cognición, el autoconcepto y el funcionamiento somático, la personalidad depresiva se caracteriza por rasgos que reflejan negativismo excesivo, creencias pesimistas sobre sí mismo y sobre los otros y en algunos casos, tristeza o desánimo.

Los asuntos anteriores han dado lugar a un gran debate acerca de la consideración categorial a favor de un enfoque dimensional. De hecho se ha propuesto eliminar el trastorno distímico y reacomodar los criterios diagnósticos en función de la depresión o del trastorno depresivo de la personalidad, con lo que se podría construir un modelo dimensional de los trastornos del ánimo o de todos los trastornos de personalidad (52, 68).

Ruscio y Ruscio (57) han dado especial soporte al asunto de la depresión como un constructo dimensional frente a la actual clasificación categorial, partiendo de que, aunque históricamente los trastornos mentales han sido conceptualizados como entidades latentes que son cualitativamente diferentes del funcionamiento normal y a partir de investigaciones previas, argumentan que algunos, si no todos los trastornos mentales, existen a lo largo de un continuo con la normalidad. No obstante, este es un tema controversial. En lo que respecta específicamente a la depresión, cabe destacar que dentro de la actual clasificación vigente (9), ésta sigue siendo considerada como un síndrome discreto.

Ruscio y Ruscio (57) llevaron a cabo un análisis con el que compararon mediante un método taxométrico, las respuestas de los participantes a tres de los cuestionarios de mayor uso clínico y de investigación sobre la depresión: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), que valora la intensidad de la sintomatología cognitiva; la escala de Zung (SDS), que evalúa la frecuencia de ocurrencia de síntomas somáticos y la escala de depresión del Multiphasical Personality Inventory (MMPI) que determina la presencia o ausencia de un largo número de síntomas cognitivos y afectivos. Los resultados obtenidos demostraron continuidad en dos muestras clínicas que dieron soporte al carácter dimensional del constructo.

Las implicaciones de considerar la depresión como un constructo dimensional son diversas. Primero, el reconocimiento de su carácter diferencial con respecto a la experiencia emocional normal, sólo cualitativamente, que tiene consecuencias con respecto al tratamiento y al curso y pronóstico de esta entidad clínica. Segundo, el cambio en las perspectivas teóricas que han intentado comprender la etiología, sintomatología y curso de este trastorno debieran dirigirse a la búsqueda de factores, más allá de la presencia o ausencia de la depresión y concentrarse en aquellos asociados con la variación en el nivel de gravedad (1, 2, 55, 62-64). Tercero, en cuanto a los instrumentos de medida, ya que muchos de los que actualmente se emplean focalizan la distinción entre personas depresivas y no depresivas, con lo cual si se trata de un constructo dimensional, el valor predictivo de los datos arrojados con estos instrumentos sería erróneo. Cuarto, dado que el conocimiento actual sobre la depresión se ha realizado so-

bre la base de las personas que cumplen criterios de gravedad, está claro que el conocimiento sobre las formas más leves de afectación es menor puesto que pocas investigaciones se han centrado en los casos que no cumplen criterios suficientes para establecer este diagnóstico (55, 57).

Beach y Amir (11), realizaron un estudio taxométrico utilizando sólo el BDI y concluyeron que la selección de los *items* es determinante a la hora de establecer el carácter dimensional o categorial de la depresión. Así, al evaluar los síntomas de distrés se confirma el carácter dimensional, aun cuando la evaluación de los síntomas somáticos da cuenta de un posible carácter categorial ya que informa de la alteración en los procesos de homeostasis. Estos datos podrían sugerir que existiendo un factor dimensional en la depresión, ciertos tipos del trastorno, con marcada sintomatología vegetativa pueden entenderse como categorías tal y como lo señalaran Ramklin y Ekselius (53). Esto es apoyado por Hankin, Fraley Lahey y Waldman (27) al plantear que la evidencia empírica en relación con el carácter dimensional frente al categorial de la depresión es de alguna manera variado, por lo que podría indicarse que la estructura latente de la depresión es dimensional, particularmente cuando se consideran los síntomas del distrés emocional (11, 20); mientras que, de acuerdo con los síntomas somáticos, la depresión es más taxonómica (5, 11).

Sin embargo, en el estudio de Hankin y cols. (27), los resultados permitieron concluir que para todos los dominios de la depresión, es decir, todos los grupos de síntomas, la estructura subyacente de la depresión es dimensional y no categorial.

Retomando lo anterior, está claro que la disyuntiva en cuanto a la consideración dimensional o categorial de la depresión y las implicaciones que esto tiene en el plano de la clasificación, bien como perteneciente a los trastornos del eje I o como trastorno de la personalidad, deja clara la presencia de una serie de síntomas que en uno y otro caso definen formas o tipos del trastorno pero que siguen dejando abierta la pregunta sobre los síntomas patognomónicos de esta importante entidad clínica y, por lo tanto, todo un campo de investigación de relevante interés para la comunidad científica.

REFERENCIAS

1. AGUDELO D, CARRETERO-DIOS H, BLANCO PA, PITTI C, SPIELBERGER CD, BUELA-CASAL G: El componente afectivo de la depresión. *Salud Mental*, 28:32-41, 2005.
2. AGUDELO D, SPIELBERGER CD, SANTOLAYA F, CARRETERO-DIOS H, BUELA-CASAL G: Análisis de validez convergente y discriminante del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Act Esp Psiquiat*, 33:374-382, 2005.

3. AKISKAL HS: Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiat*, 137:1084-1087, 1983.
4. AKISKAL HS, ROSENTHAL TL, HAYKAL RF, LEMMI H y cols.: Characterological depression-clinical and sleep EEG findings separating "subaffective dysthytmias" from "character spectrum disorders". *Arch Gen Psych*, 37:777-783, 1980.
5. AMBROSINI P, BENNET D, CLELAND C, HASLAM N: Taxonicity of adolescent melancholia: a categorical or dimensional construct? *J Psychiat Research*, 36:247-256, 2002.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Tercera edición. Masson, Barcelona, 1983.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Tercera edición. Masson, Barcelona, 1988.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición. Masson, Barcelona, 1995.
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición. Masson, Barcelona, 2002.
10. BATAGLIA M, PRZYBECK TR, BELLODI L, CLONINGER R: Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehens Psychiat*, 37:292-298, 1996.
11. BEACH SRH, AMIR N: Is depression taxonic, dimensional, or both? *J Abnormal Psychol*, 112:228-236, 2003.
12. BECK A, RUSH J, SHAW BF, EMERY G: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée de Brower, Bilbao, 1983.
13. BERLANGA C: Búsqueda de los genes de la susceptibilidad a la depresión. *Inf Clin*, 15:7-8, 2004.
14. BIENVENU OJ, SAMUELS JF, COSTA PT, RETI I y cols.: 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*, 20:92-97, 2004.
15. BONDOLFI G: Recurrent depression and relapse prevention. *Med Hygiene*, 60:1721, 2002.
16. CATALAN R: Factores psicosociales. En: Vallejo J, Ruiloba C, Gastó Ferrer C (eds). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Masson, 227-241, Barcelona, 2000.
17. DEL RIO M: El número de episodios como factor de predicción de recurrencia en los trastornos depresivos y bipolares. Una perspectiva de evaluación a lo largo de la vida. *Inf Clín*, 15:13-14, 2004.
18. DOWN ET: Depression: theory, assessment, and new directions in practice. *Int J Clin Health Psychol*, 4: 413-423, 2003.
19. FERSTER CB: A functional analysis of behavior therapy. En Rehm LP (ed.). *Behavior Therapy for Depression*. Academic Press, 181-19, Nueva York, 1981.
20. FRANKLIN C, STRONG D, GREENE R: A taxometric analysis of the MMPI-2 Depression Scales. *J Personal Assess*, 79: 110-121, 2002.
21. FREUD S: Duelo y melancolía. En: López-Ballesteros R. (trad). *Obras Completas: Vol. II*. Tercera edición. Biblioteca Nueva, 2091-2100, Madrid, 1973.
22. GOLDBERG D: Vulnerability factors for common mental illnesses. *Brit J Psychiat*, 178(Supl.40):69-71, 2001.
23. GONZALEZ M, IBAÑEZ I, CUBAS R: Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Int J Clin Health Psychol*, 6:23-39, 2006.
24. GORN S, TIBURCIO M, MEDINA-MORA M: Variables sociodemográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28:33-40, 2005.
25. GRIENS AMGF, JONKER K, SPINHOVER Ph, BLOM MB: The influence of depressive state features on trait measurement. *J Affect Disord*, 70:95-99, 2002.
26. GRUCZA R, PRZYBECK T, SPITZNAGEL E, CLONINGER CR: Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *J Affect Disord*, 74:123-130, 2003.
27. HANKIN B, FRALEY C, LAHEY B, WALDMAN I: Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *J Abnormal Psychol*, 114:96-110, 2005.
28. HUPRICH SK. Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings and future research questions. *Clin Psychol Review*, 18:477-500. 1998.
29. HUPRICH SK: Describing depressive personality disorder analogues and dysthymics on the NEO-Personality Inventory-Revised. *J Clin Psychol*, 56:1521-1534, 2000.
30. HUPRICH SK: The overlap of depressive personality disorder and dysthymia, revisited. *Harvard Review Psychiat*, 9:158-168, 2001.
31. HUPRICH SK: Depressive personality and its relationship to depressive mood, interpersonal loss, negative parental perceptions, and perfectionism. *J Nervous Mental Disease*, 191:1-7, 2003a.
32. HUPRICH SK: Testing facet level predictions and construct validity of depressive personality disorder. *J Personal Disord*, 17:219-232, 2003b.
33. HUPRICH SK: Convergent and discriminant validity of three measures of depressive personality disorder. *J Personal Assess*, 82:321-328, 2004.
34. HUPRICH SK, FRISH MB: The Depressive Personality Disorder Inventory and its relationship to quality of life, hopefulness and optimism. *J Personal Assess*, 83:22-28, 2004.
35. HUPRICH SK, PORCERELLI J, BINIENDA J, KARANA D: Functional health status and its relationship to depressive personality disorder, dysthymia, and major depression: preliminary findings. *Depress Anxiety*, 22:168-176, 2005.
36. IACOIELLO B, ALLOY L, ABRAMSON L, WHITEHOUSE W, HOGAN M: The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: A prospective study. *J Affect Disord*, 93:61-69, 2006.
37. IALONGO NS, EDELSON G, KELLAM SG: A further look at the prognostic power of young children's reports of depressed mood and feelings. *Child Develop*, 72:736-747, 2001.
38. KELLER MB, SHAPIRO RW: "Double Depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiat*, 139:438-442, 1982.
39. KLEIN DN: Depressive personality in relatives of outpatients with dysthymic disorder and episodic major depressive disorder and normal controls. *J Affect Disord*, 55:19-27, 1999.
40. KLEIN DN, SANTIAGO NJ: Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors and course. *J Clin Psychol*, 59:807-816, 2003.
41. KLEIN DN, VOSCIANO C: Depressive and self-defeating (masochistic) personality disorders. En: Millon T, Blaney PH, Davis RD (eds). *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford University Press, 653-673, Nueva York, 1999.
42. LARA ME, KLEIN DN: Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: implications for understanding chronic depression. *Clin Psychol Review*, 19:553-570, 1999.
43. LOZANO BE, JOHNSON SL: Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *J Affect Disord*, 63:103-111, 2001.
44. MARIJNISSEN G, TUINIER S, SIJBEN AES, VERHOEVEN WM: The temperament and character inventory in major depression. *J Affect Disord*, 70:219-223, 2002.
45. MATUD MP, GUERRERO K, MATIAS R: Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol*, 6:7-21, 2006.
46. McCULLOUGH JP Jr, KLEIN DN, KELLER MB, HOLZER III ChE y cols.: Comparison of DSM-III-R chronic

- major depression and major depression superimposed on dysthymia (Double Depression): validity of distinction. *J Abnorm Psychol*, 109:419-427, 2000.
47. McDERMUT W, ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I: The construct validity of depressive personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 112:49-60, 2003.
 48. MORENO J, CAMPOS M, LARA C, TORNER C: El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. *Salud Mental*, 28:20-26, 2005.
 49. NETTLE D: Evolutionary origins of depression: a review and reformulation. *J Affect Disord*, 81:91-102, 2004.
 50. PAKRIEV S, SHLIK J, VASAR V: Course of depression: findings for a cross-sectional survey in rural Udmurtia. *Nordic J Psychiatr*, 55:185-189, 2001.
 51. PEÑATE W, PERESTELO L, BETHENCOURT JM: La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables de nivel de actividad, actitudes funcionales y estilo atributivo en función de la puntuación y la medida utilizada. *Int J Clin Health Psychol*, 4:27-53, 2004.
 52. PHILLIPS KA, GUNDERSON JG, TRIEBWASSER J, KIMBLE CR y cols.: Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatr*, 155:1044-1048, 1998.
 53. RAMKLINT M, EKSELIUS L: Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *J Affect Disord*, 75:35-42, 2003.
 54. REINHERZ HZ, GIACONIA RM, PAKIS B, SILVERMAN AB y cols.: Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:1155-1163, 1993.
 55. RITTERBAND LM, SPIELBERGER CD: Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depress Stress*, 2:123-145, 1996.
 56. ROSSI A, MARIANGELI MG, BUTTI G, SCINTO A y cols.: Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J Affect Disord*, 65:3-8, 2001.
 57. RUSCIO J, RUSCIO AM: Informing the continuity controversy: a taxometric analysis of depression. *J Abnormal Psychol*, 109:473-487, 2000.
 58. RYDER AG, BAGBY RM, SCHULLER DR: The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: a categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review Psychiatr*, 10:337-352, 2002
 59. RYDER A, SCHULLER D, BAGDY M: Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *J Affect Disord*, 91:217-227, 2006.
 60. SEGAL Z, PEARSON J, THASE M: Challenges in preventing relapse in major depression Report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. *J Affect Disord*, 77:97-108, 2003.
 61. SLONE L, NORRIS F, MURPHY A, BAKER CH y cols.: Epidemiology of major depression in four cities in México. *Depress Anxiety*, 23:158-167, 2006.
 62. SPIELBERGER CD, AGUDELO D, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M, BUELA-CASAL G: Análisis de ítems de la versión experimental castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Anal Modif Cond*, 30:495-535, 2004.
 63. SPIELBERGER CD, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M, BUELA-CASAL G: Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): State sub-scale (S-DEP). *Rev Int Psicol Clín Salud/Int J Clin Health Psych*, 2:71-89, 2002a.
 64. SPIELBERGER CD, CARRETERO-DIOS H, DE LOS SANTOS-ROIG M, BUELA-CASAL G: Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP): Trait sub-scale (T-DEP). *Rev Int Psicol Clín Salud/Int J Clin Health Psych*, 2:51-69, 2002b.
 65. STEIN MB, FUETCH M, MUELLER N, HOFLER M, LIEB R, WIITTCHEN H: Society anxiety disorder and the risk of depression. *Arch Gen Psychiat*, 58:251-256, 2001.
 66. TEVA I, BERMUDEZ MP, HERNANDEZ-QUERO J, BUELA-CASAL G: Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28:40-49, 2005.
 67. WATSON D, CLARK L: Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull*, 96:465-490, 1984.
 68. WIDIGER TA: The categorical distinction between personality and affective disorders. *J Personal Disord*, 3:77-91, 1999.