

## LA COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

---

### COMORBIDITY IN PERSONALITY DISORDERS

**Adriana Jiménez-Muro Franco**

Psicóloga

Doctora por la Universidad de Zaragoza

Experto Universitario en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

**Resumen:** el concepto de trastorno de la personalidad (TP) es definido como un patrón de conductas y experiencias internas que está generalizado, es estable y se mantiene al menos desde la adolescencia. El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto la comorbilidad existente entre los TP y otros trastornos psiquiátricos, ya que muchas veces plantea problemas diagnósticos en relación con el solapamiento de categorías en la aplicación de los criterios operativos para los TP en las distintas clasificaciones actuales. Los criterios diagnósticos definidos por las clasificaciones poseen el mérito de facilitar los acuerdos entre los especialistas clínicos, pero tienen el riesgo de que estos se sustituyan por la fiabilidad alcanzada en los diagnósticos. En el caso de los TP, y como consecuencia de las dificultades existentes para lograr acuerdos completos, el riesgo sería el de que la fiabilidad pudiera reemplazar a la validez.

*Palabras clave: Trastornos de personalidad, Comorbilidad, Diagnóstico*

**Abstract:** the concept of a personality disorder (PD) is currently defined as a pattern of inner experiences and behaviors that is generalized, is stable, and has been maintained at least since adolescent. The aim of this paper is to highlight the comorbidity between PD and other psychiatric disorders, because there are often diagnostic problems relating to the overlap of categories in the application of operational criteria in the different current classifications. Diagnostic criteria for classifications have the advantage of facilitating agreements between clinicians, but have the risk that these are replaced with the reliability achieved in the diagnostic. In the case of PD, and because of the difficulties in achieving full agreements, the risk would be that the reliability could replace validity.

*Key words: Personality disorders, Comorbidity, Diagnosis*

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de comorbilidad plantea muchas veces problemas diagnósticos en relación con el solapamiento de categorías en la aplicación de los criterios operativos para los trastornos de la personalidad (TP) en las distintas clasificaciones y, actualmente, la establecida en el DSM-IV-TR resulta insatisfactoria en muchos sentidos.

## EVOLUCIÓN

Al revisar los problemas de comorbilidad Van Velzen y Emmelkamp (2000) señalan que la mitad de los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o trastornos de la alimentación recibieron, también, un diagnóstico de TP. Pero, además, los tipos de personalidad histriónica y personalidad límite, en el 46% de los casos, llegan a hacerse presentes al mismo tiempo y lo mismo sucede con otras categorías como la límite, la antisocial, la histriónica, la dependiente, la evitativa, la esquizotípica o la pasivo-agresiva, que alcanzan esa misma concurrencia en el 15%. De este modo, resulta que, muchas veces, el recurso a la llamada comorbilidad puede estar ocultando la inseguridad diagnóstica en este tipo de cuadros. El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto, una vez más, la comorbilidad existente entre los TP y otros trastornos psiquiátricos.

## DESARROLLO

### **Situación real de la comorbilidad y los TP**

En un estudio realizado sobre 180 enfermos hospitalizados, encontraron que la mayor parte de los diagnósticos de TP tenían que expresarse en términos de comorbilidad o de diagnósticos adicionales y solamente el 8% de estos individuos pudieron catalogarse como trastorno de la personalidad límite (TLP) sin ninguna "etiqueta" más. Cerca de la mitad de ellos necesitaron otro diagnóstico y casi la otra mitad restante recibió dos o más diagnósticos, en la mayor parte de los casos de trastornos de tipo afectivo (Tyrer, 1993).

Los criterios diagnósticos definidos por las clasificaciones poseen el mérito de facilitar los acuerdos entre los especialistas clínicos, pero tienen el riesgo de que estos se sustituyan por la fiabilidad alcanzada en los diagnósticos y que, además, parezca que con ello se alcanza una gran precisión o exactitud. En el caso de los TP, y como consecuencia de las dificultades existentes para lograr acuerdos completos, el riesgo sería el de que la fiabilidad pudiera reemplazar a la validez.

### **Comorbilidad en relación con otros tipos de trastornos psiquiátricos**

Con los trastornos de ansiedad, Flick et al. (1993) al estudiar a 352 pacientes ambulatorios encontró que estos individuos que venían de diferentes cuadros ansiosos sufrían también TP tipos evitativo, paranoide, límite y obsesivo-compulsivo. Pero además, los paranoides coexistían con los narcisistas y los límite con los histriónicos.

A esta misma comorbilidad se refería Markovitz (2004) en el caso de individuos ancianos en los que la ansiedad muy frecuentemente se relaciona no sólo con depresión, demencia y enfermedades médicas, como generalmente se considera, sino también con TP. Otros autores como Reich et al. (2009) corroboran esta misma situación en una investigación realizada en 475 enfermos con cuadros de ansiedad. Se trataba de pacientes con diagnósticos de trastornos de pánico y de ansiedad generalizada, agorafobia y fobia social. La más alta asociación se daba con la fobia social y con los trastornos de ansiedad generalizada. Es por ello que existe un interés cada vez mayor por conocer mejor las relaciones existentes entre TP y trastornos de ansiedad.

Con los cuadros depresivos Alpert et al. (1997) encuentran, entre 243 pacientes atendidos de forma ambulatoria, una alta comorbilidad entre su depresión y diagnósticos de fobia social y de TP tipo evitativo. El trabajo de Corruble et al. (1996) muestra un alto grado de comorbilidad: del 20 al 50% de los pacientes hospitalizados y del 50 al 85% de los ambulatorios presentaban una asociación entre TP y trastorno depresivo mayor. Otros autores como Keller et al. (1994) y Spalletta et al. (1996) señalan esas coexistencias en relación con la distimia, y también Sullivan et al. (1994) en relación con los TLP y trastorno depresivo mayor.

Los trastornos obsesivos tienen también la posibilidad de estar asociados a otras enfermedades psiquiátricas, pero especialmente a los TP; con cifras muy variables que van desde 0 al 55% según lo publicado hasta ahora. En un estudio epidemiológico Hollander et al. (2005) puso en evidencia que los trastornos obsesivo-compulsivos, tanto en sus formas simples o complejas con otros trastornos psiquiátricos y en sus formas comórbidas, poseían una alta asociación con intentos de suicidio y con TP tipo antisocial.

Con el alcoholismo y con las adicciones igualmente se encuentran situaciones de comorbilidad importante como refieren diversos autores. Morgenstern et al. (1997) encuentran una elevada prevalencia con los tipos de TP antisocial, límite y paranoide. Tomasson et al. (2000) estudiaron a 249 hombres y 102 mujeres, y encontraron que el 70% de las personas adictas al alcohol presentaban una serie de trastornos psiquiátricos, siendo la prevalencia de los TP del 28% en su tipo antisocial.

Con respecto a las adicciones, autores como Arias et al. (1997) encontraron recientemente esta asociación en pacientes con adicciones a los opiáceos, de manera que detectaron que la mitad de ellos tenía algún TP coexistente. Neufeld et al. (2008) ya lo habían publicado en su trabajo con una muestra de 203 adictos a los opiáceos. Otros como Barber et al. (1996) y Saiz et al. (2011) encontraron esta asociación en personas adictas a la cocaína, de modo que casi la mitad también sufría un TP. En el trabajo de Fishbein et al. (1994), en una quinta parte de su muestra de pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína se daban al menos dos de estos trastornos. También en el trabajo de los

autores Fernández et al, (2011) eran los TLP seguido por el tipo antisocial y por el narcisista los más frecuentes en personas con adicción a esta sustancia; con una prevalencia del 28% en el caso del tipo antisocial, del 22% en los tipos evitativo y paranoide, del 16% en el tipo obsesivo-compulsivo y del 10% en el tipo dependiente.

Otros autores como Walker et al. (1994) detectaron estas comorbilidades entre los 539.557 veteranos americanos. De todos ellos, la cuarta parte presentó problemas de adicción, siendo el alcohol la dependencia más frecuente (87,7%), seguida de la cocaína (17,5%). Y la conclusión de este estudio fue que el diagnóstico más frecuente entre estos veteranos adictos fue el de depresión y el de TP.

También en el caso de las psicosis esquizofrénicas se han hallado muy elevadas prevalencias de TP. Según autores como Oulis et al. (1997) el 70% de una muestra de 102 pacientes esquizofrénicos presentaba un TP. La aparición de episodios psicóticos, con alucinaciones acústicas o visuales además de manifestaciones de tipo delirante, también puede darse de forma relativamente frecuente entre las personas que tienen un TP. Quizás esta sería una de las razones por las que estas personas puedan necesitar varias hospitalizaciones a lo largo de su vida. Miller et al. (1993) observaron en una muestra de 92 pacientes con diagnóstico de TP que el 27% de ellos sufrió cuadros psicóticos diversos. Para otros autores como Jorgensen et al. (1997), que realizaron seguimiento durante un año a 51 pacientes tras ser tratados por un episodio psicótico agudo, su evolución en el 15% de los casos fue hacia la esquizofrenia y en el 28% de ellos hacia una psicosis afectiva. También se detectó un TP en el 46% de los casos con criterios CIE-10 y en el 29% de ellos con criterios DSM IV.

Con los trastornos adaptativos, Samuelian et al. (1994) encontraron en una población con una edad media de 39 años y predominantemente femenina, que existía una comorbilidad con TP que afectaba al 15% de ellos.

En el caso de los trastornos de la alimentación, muchos autores han detectado claramente esta comorbilidad con TP. La realidad es que desde la generalización de los criterios del DSM-III para el diagnóstico de TP, muchos autores han trabajado en la detección de estas asociaciones. Así lo recogen trabajos como los de Atkins et al. (1993) en el caso de las jóvenes con anorexia y Davis et al. (1994) en su muestra de mujeres con anorexia donde son los tipos narcisista y TLP los que predominaban. Lilienfeld et al. (1997) hallaron asociaciones muy repetitivas entre una muestra de mujeres con trastornos bulímicos y manifestaciones de dependencia a las drogas, conductas antisociales e impulsividad, que estarían igualmente presentes en su entorno familiar. Los autores Wonderlich et al.

(1997) y Matsunaga et al. (1997) detectaron en más de la mitad de estas pacientes que el trastorno predominante era el TLP.

Con patologías como las relacionadas con las conductas suicidas, también los TP se hallan presentes con unas altas prevalencias. De manera que los repetidores de intentos o actos suicidas (parasuicidas) suelen poseer frecuentemente diagnósticos de TLP con una prevalencia del 50 al 70% de los casos. En otra investigación, realizada por Lesage et al. (1994), estas prevalencias fueron algo menores, pero también importantes, de modo que algún tipo de TP se hallaba presente en el 28% de las personas que consumaron su acción.

Naturalmente las nuevas clasificaciones internacionales han significado un indiscutible avance en el proceso diagnóstico. Pero en algunos casos no hay que olvidar la distinción entre trastornos "puros" y trastornos "comórbidos" y entre trastornos "primarios" y "secundarios" en relación a la secuencia temporal en el inicio de la comorbilidad. Quizás en el futuro los estudios epidemiológicos sobre TP alcancen una mayor objetividad al disponer de técnicas de neuroimagen más avanzadas.

## DISCUSIÓN

En el DSM-IV-TR quedan por resolver, entre otros, problemas graves en cuanto a la definición operativa, la clasificación, la adscripción categorial o dimensional, la valoración de gravedad, la permanencia en el Eje I o en el Eje II, la heterogeneidad en los mismos diagnósticos, la relación con los rasgos de personalidad, la comorbilidad, el punto de corte entre normalidad y anormalidad y la validación de los trastornos en estudio (depresivo, pasivo-agresivo, etc.).

La revisión propuesta en el borrador del DSM-5 resulta más bien compleja y tiene tres características principales: una nueva definición de lo que es un TP, centrada en los fallos de adaptación, que implican alteraciones de la identidad o en las relaciones interpersonales efectivas; cinco categorías diagnósticas (antisocial/psicópata, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo y esquizotípico); y una serie de seis dominios de personalidad, cada uno de los cuales con un subconjunto de facetas o rasgos. Sólo señalar que este nuevo sistema propuesto para el diagnóstico de los TP puede resultar "controvertido".

En resumen, se debe recordar que los TP constituyen una realidad presente todos los días en la asistencia clínica. Son importantes por la dificultad de su enfoque terapéutico y, además, empeoran los pronósticos de las otras patologías psiquiátricas a las que se asocian. Como consecuencia de ello, encarecen de un modo notable la asistencia psiquiátrica así como la asistencia médica en general. Todo ello deriva en ingresos hospitalarios frecuentes y constantes contactos repetidos con los servicios de urgencias. De ahí que actualmente se de una importancia considerable y se esté intentando mejorar su diagnóstico clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alpert, J. E., Uebelacker, L. A., McLean, N. E. (1997). *Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: Co-occurrence and clinical implications*. *Psychological Medicine*, 27, 627-633.
- Arias, F., López-Ibor, J. J., Ochoa, E. (1997). *Psychiatric comorbidity in opioid addicts in treatment with naltrexona*. *Adicciones*, 9, 235-253.
- Atkins, D. M., Silber, T. J. (1993). *Clinical spectrum of anorexia nervosa in children*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 211-216.
- Barber, J. P., Frank, A., Weiss, R. D., et al. (1996). *Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine dependent outpatients*. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- Corruble, E., Ginestet, D., Guelfi, J.D., et al. (1996). *Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review*. *Journal Affective Disorders*, 37, 157-170.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E., et al. (1994). *The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders*. *Psychological Medicine*, 24, 957-67.
- DSM-III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1983.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
- Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M., et al. (2011). *Negative mood induction normalizes decision making in male cocaine dependent individuals*. *Psychopharmacology*, 217, 331-339
- Flick, S.N., Roy-Byrne, P. P., Cowley, D. S., et al. (1993). *DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates*. *Journal of Affective Disorders*, 27, 71-79.
- Fishbein, D. H., Reuland, M. (1994). *Psychological correlates of frequency and type of drug use among jail inmates*. *Addictive Behaviors*, 19, 583-598.
- Hollander, E., Swann, A. C., Coccaro, E. F., et al. (2005). *Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 162, 621-624.
- Jorgensen, P., Bennedsen, B., Christensen, J., et al. (1997). *Acute and transient psychotic disorder: A 1-year follow-up study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 150-154.
- Keller, M. B. (1994). *Dysthymia in clinical practice: course, outcome and impact on the community*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 383, 24-34.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F. C., et al. (1994). *Suicide and mental disorders: a case-control study of young men*. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1063-1068.

- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., et al. (1997). *Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence*. International Journal of Eating Disorders, 22, 253-264.
- Markovitz, P. J. (2004). *Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders*. Journal of Personality Disorders, 18, 90-101
- Matsunaga, H., Kiriike, N. (1997). *Personality disorders in patients with treatment-resistant eating disorders*. Psychosomatic Medicine, 37, 61-68.
- Miller, F. T., Abrams, T., Dulit, R., et al. (1993). *Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent axis I disorder*. Hospital & Community Psychiatry, 44, 59-61.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., et al. (1997). *The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables*. Journal of Abnormal Psychology, 106, 74-84.
- Neufeld, K. J., Kidorf, M. S., Kolodner, K., et al. (2008). *A behavioral treatment for opioid-dependent patients with antisocial personality*. Journal of Substance Abuse Treatment, 34, 101-111.
- Oulis, P., Lykouras, L., Hatzimanolis, J., et al. (1997). *Comorbidity of DSM-III-R personality disorders in schizophrenic and unipolar mood disorders: A comparative study*. European Psychiatry, 12, 316-318.
- Reich, J. (2009). *Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia*. Current Psychiatry Report, 11, 89-93.
- Saiz, J., Álvaro, J. L., Martínez, I. (2011). *Relation between personality traits and personal values in cocaine-dependent patients*. Adicciones, 23, 125-132.
- Samuelian, J. C., Charlot, V., Derynck, F., et al. (1994). *Adjustment disorders: apropos of an epidemiologic survey*. Epidemiology and Psychiatry Group. Encephale, 20, 755-765.
- Spalletta, G., Troisi, A., Saracco, M., et al. (1996). *Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-II-R depressive illnesses*. Journal of Affective Disorders, 39, 141-148.
- Sullivan, P. F., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1994). *Borderline personality disorder in major depression*. Journal of Nervous and Mental Disease, 182, 508-516.
- Tyrer, P., Stein, G. (1993). *Personality disorder Reviewed*. Londres: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.
- Tomasson, K., Vaglum, P. (2000). *Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28-month outcome*. European Psychiatry, 15, 443-449.
- Van Velzen, C. J., Emmelkamp, P. M., Scholing, A. (2000). *Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning*. Journal of Anxiety Disorders, 14, 395-411.

Walker, R. D., Howard, M. O., Lambert, M. D., et al. (1994). *Psychiatric and medical comorbidities of veterans with substance use disorders*. Hospital & Community Psychiatry, 45, 232-237.

Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E. (1997). *Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications*. Psychopharmacology Bulletin, 33, 381-390.

Manuscrito recibido: 28/08/2012

Revisión recibida: 14/09/2012

Manuscrito aceptado: 18/09/2012

[Trabajo de fin de curso del título de Experto Universitario en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, en colaboración con la Universidad San Jorge de Zaragoza.