

## Salir o no de lo subumbral

Los prólogos los lee poca gente o lo hace en diagonal a excepción que los firme alguien tan poderoso y atractivo como Hagop S. Akiskal. Y es Akiskal quien prologa una excelente monografía que nos ha inspirado esta editorial (1). El profesor californiano que tanto contribuyó, hace ya más de 20 años (2), a la acuñación del término “espectro bipolar laxo”, fundamenta los rasgos patológicos de la personalidad como “estados o episodios subumbrales prolongados que permiten que se produzcan sólo breves remisiones y que, a la larga, se unen y se consolidan convirtiéndose en crónicas”. Dejando aparte la actitud de pesimismo terapéutico ante unos trastornos que responden a una amplia gama de tratamientos psicológicos. Akiskal en aras de la terapia del trastorno afectivo, prefiere disparar seguro y con todo el arsenal concentrado en un tratamiento enérgico de las enfermedades del “espectro” afectivo. Opina que, por lo general, “se proporciona una ayuda más eficaz al paciente si las muestras caracterológicas se consideran una parte integrante de la enfermedad de tipo afectivo”. De hecho, contemplar estas manifestaciones como imbricadas en la clínica principal, y formando parte de ella tampoco está tan alejado de la realidad. Así y todo, debemos agradecer el esfuerzo de tantos investigadores que han intentado encontrar comorbilidades, siempre sujetas al momento, a veces demasiado prematuro, de efectuar el diagnóstico del eje II, sino también a las limitaciones del sistema clasificatorio actual que necesita desde hace tiempo un refinamiento basado en sustratos empíricos y clínicos más firmes que los inherentes al DSMIV-TR. A la espera del DSM V, todo lo que contribuya a una comprensión de la relación entre dimensiones, trastornos de la personalidad (TP) y, en este caso, trastorno afectivo, será gozosamente bienvenido.

El primer reto es el psicobiológico: Noblet et al (3) consideran que a medida que aumentan los datos empíricos acerca de la biología de los T.P., también mejorará nuestro entendimiento de las interacciones comórbidas con el eje I. El desafío radica en investigar los marcadores biológicos que cohesionan y ejercen influencia en el sustrato de las posibles combinaciones diagnósticas de los trastornos del estado de ánimo y de los T.P. (en general de los clusters B y C, aparte el sinuoso y discutido T.P. depresivo). La disregulación serotoninérgica en la impulsividad y agresividad, y la frecuente comorbilidad entre trastornos de control de los impulsos y depresión, amén del trastorno límite (TL), e inestabilidad afectiva, conlleva a proponer tratamientos con ISRS o eutimizantes. La correlación entre hipercortisolismo –abusos sexuales en la infancia– TL, ha llegado incluso a diferenciar la depresión en solitario y la asociada al T.L., lo cual se enreda por la confusión entre Depresión mayor y Trastorno por Estrés Postraumático (TEP), otra de las consecuencias del citado abuso. Parece bastante bien identificado un “subtipo” TL con el citado incremento de ACTH-cortisol y abuso infantil, lo cual, por cierto era reducido significativamente por los ISRS, especialmente la fluvoxamina (4).

En cuanto al TP depresivo su nosología sigue siendo incierta, si bien los descubrimientos de Western (5) sobre el “alter ego”, la personalidad disfórica parecía haberle dado el empujón definitivo para su reconocimiento. Casi 10 años más tarde siguen las discusiones e incertidumbres sobre su inclusión en el olimpo de los dioses del diagnóstico o sea el DSM. Su validez como constructo se ha visto dificultada por el solapamiento con la Distimia de la que parece un subproducto o incluso como una forma temprana de dicho trastorno al que precedería. Sería interesante comprobar si también hay solapamiento de sustratos biológicos, marcados en la distimia por un

efecto regulado por el receptor HT (al igual que en la depresión mayor) y por una alteración de la transmisión dopaminérgica en el sistema mesolímbico. El abatimiento, el autoconcepto de vuelo raso, la rumiación preocupadiza, el pesimismo o la culpabilidad son síntomas que, en cualquier caso, son reconocidos por los enfoques cognitivos centrados en los esquemas específicos que representan este modo singular de ver el mundo o interactuar con él; un enfoque que amplía el cognitivo-conductual para afrontar la depresión, pero que tiene elementos comunes debido a la confluencia de rasgos confluentes entre la depresión y la personalidad depresiva. De hecho, desde la perspectiva cognitiva, la depresión sería la respuesta emocional a un procesamiento peculiar de la información del entorno (sesgos cognitivos) y a creencias disfuncionales que el sujeto ha desarrollado sobre sí mismo, los demás o las circunstancias (esquemas). Esquemas disfuncionales –sean o no propios de un TP específico o simplemente las “señales sintomáticas” que marcan el camino hacia la depresión –que derivarían a su vez en valoraciones cognitivas productoras de malestar ante situaciones que serían neutras para otras personas. De ahí se podría defender la compatibilidad de los diversos modelos como origen de la depresión, un estado final común a diversas eventualidades de naturaleza neurobioquímica, marcada también por fracasos en los mecanismos psicológicos de afrontamiento o las respuestas evolutivamente adaptativas a entornos desfavorables. Y los esquemas disfuncionales evidentemente (6). Una forma de ver las cosas que quizá beba de los modelos de asociación personalidad-depresión basados fundamentalmente en la **causa común** (etiología compartida) a pesar de conservar su idiosincrasia y se aproxima conceptualmente al del **espectro** con el que comparte la etiología con la diferencia de que este modelo considera que no son enfermedades distintas sino manifestaciones o variantes de un proceso patológico común. En otros casos, los autores prefieren considerar la relación T.P. –depresión como un simple factor de **vulnerabilidad** de una enfermedad como riesgo del inicio de la otra, algo que también reconoce parcialmente la definición comentada (“respuestas adaptativas a cuestiones desfavorables”) y que recuerda los arquetipos de diátesis-estrés en los que el estresor interactúa con la vulnerabilidad (rasgos de personalidad, estilos cognitivos) y ocasiona una depresión. Otras definiciones se basaron en la total **independencia** de los procesos (algo difícil de comprender debido a los porcentajes relativamente elevados de comorbilidad) o de la simple **complicación** (secuela) de un cuadro con respecto a otro (7).

Así las cosas, no es nada raro que se pretende que entre aire fresco –como ocurre siempre en el perenne debate sobre cualquier cuestión en la que se acceda al entramado de la personalidad– mediante la incursión en el paisaje dimensional. En este sentido, espero que entiendan que la editorial invitada de este número rompa la tradición y nos preceda, ya que especifica muy bien algunos factores básicos de este posicionamiento en el marco dimensional. Las correlaciones entre TP Depresivo y los diversos elementos dimensionales han sido reportadas tanto por Clark (8) como por Ryder (9) con respecto al neuroticismo, la hostilidad, la afectividad, el estilo atribucional negativo, la introversión, el perfeccionismo, la evitación del daño, o el bajo índice de búsqueda de novedad. De todas estas dimensiones el de naturaleza más ubicua es el neuroticismo que también puede predisponer hacia otras categorías de personalidad ansiosa o a la propia ansiedad como trastorno clínicamente específico. De hecho el solapamiento entre trastorno depresivo y los T.P. del grupo C es de alrededor del 50%, lo cual por cierto es una de las grandes limitaciones que señalan los expertos para incluir definitivamente el T.P. depresivo en el eje II del deseado DSM V. Quizá sería mejor volver a recoger el guante del citado estudio de Western y refugiarse en lo “disfórico” más que en lo “depresivo”, un T.P. que engulliría a numerosos pacientes anteriormente diagnosticados de T.P. depresiva, dependiente, de evitación o incluso límite. Con criterios que se nutren fundamentalmente de los de la TP depresiva pero con elementos de ansiedad importantes, dependencia, evitación y límite (v.g. la sensación de vacío).

---

*El impacto de estos TP lo será en el curso, evaluación y –sobre todo– en el tratamiento. La “estructura psicobiológica” del proceso o procesos, influirá en la elección del enfoque que deberá ser multimodal –farmacoterapia específica y psicoterapia– no solamente individualizada sino, en algunos casos, de grupo y psicoeducativa familiar. De hecho la optimización farmacoterápica permite tratar mejor los diversos aspectos del T.P.; pero incluso si no quisiéramos salirnos del “subumbral” y mantenernos en el “espectro”, nos daríamos de bruces con esquemas, atribuciones, autoconceptos u otros bastones en las ruedas. Y no nos quedaría más remedio que asomar la cabeza y enfocar los “argumentos” depresógenos, la intolerancia a la frustración y otros aspectos que nos volverán a conectar con dimensiones, categorías y trastornos del estado de ánimo. Por tanto mejor volar más alto, aunque a veces nos parezca que estamos ante sintomatologías y comportamientos que parecen confundirse. Una visión más amplia del asunto, permitirá mejorar instrumentos de evaluación y estrategias terapéuticas para que nos hagan sentirnos más cómodos en los razonamientos que empleamos. Pero eso sí sin movernos del cielo clínico.*

J.M<sup>a</sup> FARRÉ MARTÍ  
Editor

- (1) Rosenbluth M, Kennedy S, Bagay RM.: Depresión y personalidad. Elsevier Masson. Barcelona, 2007.
- (2) Akiskal HJ, Mallya G.: Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 1987; 23: 68-73.
- (3) Noblett K y Coccaso EF. en Rossemblut etal (ed). *Psicobiología de los trastornos de personalidad*. *Opcit* (1), 2007; 2: 19-40.
- (4) Rinne T, De Kloet ER, Wouters L.: Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary - adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry*, 2002; 52: 1102-1112.
- (5) Western D y Shedler J.: Revisión y evaluación del eje II: hacia una clasificación empírica y clínicamente útil de los trastornos de personalidad. *Am. J. Psychiatry* (edición en español), 1999; 156, 2.
- (6) Farré JM, Fullana MA (ed). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*, *Ars Médica*, 2005; 89-105.
- (7) Klein MH, Wonderlich S, Shea MT.: Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research, in *Personality and Depression: A Current View*. Edited by Klein MH, Kupfer DJ, Shea MT. New York, Guilford, 1993, pp. 1-54.
- (8) Clark LA, Watson D.: Personality, disorder and personality disorder: towards a more rational conceptualization. *J. Personal Disord*, 1999; 13: 142-151.
- (9) Ryder AG, Bagby RM.: Diagnostic viability of depressive personality disorder: theoretical and conceptual issues. *J Personal Disord*, 1999; 13: 99-117.