

El sacrificio de la validez a expensas de la fiabilidad en psicopatología: Mirando por un cristal opaco

Sacrificing validity for feasibility in psychopathology: Seeing through a dark glass

Sergio Ruiz-Doblado¹

The improvement in interater and test-retest reliability could be considered as one of the better conquests for the last-quarter-of-XXth-century Psychiatry. However, this homogeneity and operativizing of diagnostic criteria has added some disadvantages to diagnostic procedure: high ratios of comorbidity and loss of categorial validity could be considered as undesirable consequences of this event. The use of operative diagnostic systems but not the go-deeply-into psychopathological analysis has removed an important and rich information. This loss of information could compromise the study of ethiopatogenia; correlations between symptoms and neurobiological alterations; and prognosis and therapeutic decisions. We analyze the consequences of this event in the validity of diagnosis, from “major depression” (that may be considered as a less valid category than classical melancholia) to anxiety disorders, dysthymia and somatoform disorders (losing stability and validity in relation to “neurotic general syndrome” or “neuroticism” as an internalizing condition), and also personality disorders (characterized by longitudinal diagnostic unstability and differents ratios of prevalence, excluding antisocial personality disorder).

Key words: feasibility, validity, operative-diagnostic-criteria, classification-systems, melancholia, neuroses, personality-disorders.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 232-244

Introducción

La mejora en el acuerdo en el diagnóstico psiquiátrico puede ser considerada, sin temor a equivocarnos, como uno de los grandes logros de la Psiquiatría en el último cuarto del siglo XX. La

aparición de sistemas de clasificación universales como los DSM-III¹ y IV² y CIE-10³, junto al empleo de sofisticados instrumentos de evaluación psicopatológica han redundado, sin duda, en una comunicación más fluida entre los clínicos de todo el mundo. Sin embargo, este proceso de ho-

Recibido: 14/04/2010

Aceptado: 17/08/2010

Conflicto de intereses: el autor realiza tareas de consultoría ocasionales para Healthcare Advisory Board (Montreal, Quebec, Canadá) y LeadPhysician (Londres, UK), ha recibido honorarios como speaker de Janssen-Cilag, Lilly y Otsuka-Pharmaceutical, en forma de derechos de autor de Doyma-Elsevier, y ha actuado como revisor de la Revista Española de Salud Pública, BioMed Central y Clinical Drugs Investigation.

¹ Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla).

mogeneización y operativización del diagnóstico psiquiátrico no ha estado exento de inconvenientes. El incremento de la comorbilidad entre trastornos y la cuestionable validez de algunas entidades nosológicas “empíricas” podrían considerarse, a nuestro juicio, como dos de las posibles consecuencias no deseadas de este proceso unificador. El empleo de sistemas diagnósticos operativos podría no haber redundado en una mayor profundización en el análisis psicopatológico tradicional, dejando así de lado una relevante, rica y compleja información clínica, necesaria para tomar decisiones pronósticas y terapéuticas, así como para profundizar en la etiopatogenia de los trastornos. Nos ocuparemos a lo largo de la presente revisión de estas cuestiones, deteniéndonos en las repercusiones de la operativización diagnóstica sobre diferentes entidades nosológicas, desde la esquizofrenia y TAB hasta los trastornos de la personalidad.

Método

Revisamos los datos de fiabilidad y validez de las principales categorías nosológicas DSM y CIE, contemplando los mismos a la luz de las posiciones nosológicas sobre el particular de diferentes autores y grupos de investigación. Para ello se realiza una búsqueda en las bases de datos Medline, de predomi-

minio anglosajón, y EMBASE (Excerpta-Médica BASE), con mayor penetración en revistas europeas, del resto de América y de países desarrollados de Asia, centrada fundamentalmente en artículos de las dos últimas décadas (1990 en adelante). Se incorporan asimismo a la revisión teórica algunos artículos relevantes previos a esas fechas, considerados claves para el abordaje de la cuestión que nos ocupa.

Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo

Tras el ya clásico International Pilot Study of Schizophrenia de la OMS, que examinaba la variación diagnóstica de la esquizofrenia en 9 países, comparando los diagnósticos de los psiquiatras que usaban entrevistas semiestructuradas con los de una clasificación de referencia con algoritmos computerizados, parece fuera de toda duda que en la mayoría de los casos los psiquiatras de los diferentes países utilizaban criterios diagnósticos que correspondían a la tradición de Kraepelin-Bleuler. El conocimiento de este hecho fue altamente reconfortante para los clínicos. La base del concepto de esquizofrenia parece no haber cambiado sustancialmente durante este tiempo, obteniéndose cifras de fiabilidad muy altas sin sacrificar la validez de la entidad nosológica. Ilustrando esta aseveración,

Tabla 1. Fiabilidad (*reliability*)

<p>Concepto: se refiere a la reproducibilidad de los resultados en mediciones repetidas, realizadas bien por distintos sujetos, bien por el mismo sujeto en diferentes momentos clínicos (asumimos que lo que estamos midiendo no está cambiando). Existen tres tipos de fiabilidad:</p>
<p>1. Consistencia interna (<i>internal consistency</i>): es el grado de covariación de los ítems del instrumento de medida. Su indicador es el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor oscila entre 0 y 1. Cuanto más próximo a 1, mayor es la consistencia interna del instrumento de evaluación</p>
<p>2. Fiabilidad test-retest (<i>test-retest reliability</i>): grado de concordancia entre las medidas obtenidas tras aplicar un mismo instrumento en 2 ocasiones o momentos clínicos a los mismos sujetos. Su indicador es el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Su valor oscila entre 0 y 1. A mayor valor, mayor fiabilidad test-retest. El tiempo a transcurrir entre ambas mediciones no está claramente definido. Si es muy corto, la segunda medida puede afectarse por el efecto recuerdo. Si es largo, el constructo que se pretende medir puede haber variado. Por ello, el período normalmente usado oscila entre 1-2 sems</p>
<p>3. Fiabilidad interexaminadores (<i>interater reliability</i>): grado de concordancia entre las medidas obtenidas tras la aplicación del mismo instrumento de medida por dos investigadores distintos a los mismos sujetos. Su indicador es el coeficiente kappa, que oscila entre 0 y 1. A mayor valor, mayor fiabilidad interexaminadores</p>

la reevaluación de los casos originales de demencia praecox kraepelinianos con instrumentos de evaluación referidos a la CIE-9 arrojó una concordancia del 88,6%⁴. Lo mismo puede decirse de la fiabilidad interexaminadores, test-retest y validez concurrente y de constructo usando instrumentos de evaluación modernos como el Present State Examination (PSE)⁵ o el Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) de la OMS⁶.

Sin embargo, y a pesar de las adecuadas fiabi-

lidad y validez de la esquizofrenia como categoría diagnóstica, algunos trabajos aportan hallazgos no del todo concordantes. Así, un estudio realizado en España que validó la escala PANSS (*Positive and Negative Symptom Scale*)⁷ encontró como resultados más relevantes una buena fiabilidad interexaminadores junto a una apropiada validez de constructo, aunque la consistencia interna del instrumento diagnóstico fue sólo moderada y la validez factorial de la escala de síntomas positivos

Tabla 2. Validez (validity)

<p>Concepto: grado en que el instrumento de evaluación mide lo que realmente pretende medir. Es el conjunto de pruebas y datos que han de recogerse para garantizar que las inferencias que se realizan a partir de los resultados obtenidos con el instrumento de medida son pertinentes. Existen muchos tipos de validez. Las fundamentales son:</p>
<p>1. Validez de contenido (content validity): se refiere al hecho de que el instrumento de medida recoge una muestra adecuada y representativa de la realidad que se pretende evaluar con él. Para lograr validez de contenido se suele recurrir a métodos indirectos, como análisis racional de los contenidos posibles, opinión de expertos, proporcionalidad de los contenidos con lo que se pretende medir, etc. La denominada validez aparente (face validity) es un tipo de validez de contenido en la que el evaluador juzga que el instrumento es adecuado o correcto para lo que se quiere medir (ej. depresión, ansiedad)</p>
<p>2. Validez predictiva, de criterio o de pronóstico (predictive validity): es el grado de eficacia con el que se puede predecir o pronosticar un criterio a partir de las puntuaciones obtenidas con el instrumento</p>
<p>3. Validez de constructo (construct validity): se refiere a la existencia de un constructo o concepto que sustente el instrumento. Existen varios tipos de validez de constructo:</p> <p>3.1. Validez interna (internal validity), que se refiere al número de dimensiones clínicas que subyacen al instrumento. Su indicador más usado es el coeficiente de homogeneidad de Loevinger, que expresa el grado en que los ítems se ordenan por rangos. Un valor aceptable del coef. es igual o mayor de 0,40, lo que indicaría unidimensionalidad</p> <p>3.2. Validez factorial (factorial validity), que se refiere al grado de convergencia o divergencia entre las dimensiones del instrumento y los constructos que subyacen al instrumento</p> <p>3.3. Validez convergente (convergent validity), que es el grado de convergencia entre las medidas de un instrumento de evaluación y otras con las que se supone debe estar relacionado (usualmente otro instrumento “patrón”). Se calcula mediante el coeficiente de correlación</p>
<p>4. Validez discriminante (discriminant validity), que es la capacidad de un instrumento de evaluación para detectar diferencias entre dos grupos criterio</p>

Tabla 3. Algunas causas de baja fiabilidad diagnóstica

<p>Varianza de observación: dos clínicos prestan atención a síntomas distintos en la misma entrevista. Disminuye con el entrenamiento</p>
<p>Varianza de interpretación: diferencias en la valoración-interpretación de los mismos síntomas por ambos clínicos. Disminuye al utilizar definiciones operativas de los síntomas</p>
<p>Varianza de criterio: los clínicos utilizan reglas diferentes para resumir sus observaciones en diagnósticos. Se reduce con el uso de idénticos criterios diagnósticos</p>
<p>Varianza de informadores: la información es suministrada por diferentes fuentes. Se reduce unificando u homogeneizando las fuentes de información</p>

fue insuficiente. El estudio concluye afirmando que la diferenciación en 2 dimensiones (positiva y negativa) podría ser una simplificación, quedando mejor conceptualizada la esquizofrenia por 3 dimensiones: sdme positivo, desorganizado y negativo. Un estudio posterior⁸ también señaló que algunas características psicométricas de la diferenciación entre sdme. positivo y negativo recogidas en los instrumentos de uso más frecuente podrían presentar algunas deficiencias. Si se da un paso más y se intenta operativizar la diferencia entre síntomas negativos primarios y secundarios (farmacoinducidos, infraestimulación ambiental, depresión, etc.), la cuestión se complica aún más, tornándose en difícilmente resoluble⁹.

En otra línea, instrumentos que evalúan aspectos clínicos concretos de la esquizofrenia como por ejemplo la cognición presentan también satisfactorias propiedades psicométricas: la escala *Clinical Global Impression of Cognition in Schizophrenia (CGI-CogS)* presentó una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,69-0,96), niveles adecuados de fiabilidad interexaminadores (0,71-0,80) y altos valores de fiabilidad test-retest (0,92-0,95)¹⁰. Lo mismo sucede con los instrumentos que evalúan funcionamiento social y personal como la escala *Personal and Social Performance (PSP)*^{11,12}, o con los instrumentos de valoración de síntomas depresivos en la esquizofrenia (*Calgary Depression Scale, CDS*)¹³. Algunas escalas diseñadas para ser autoadministradas en pacientes relativamente estables como p. ej. la *Symptom Self-Rating Scale for Schizophrenia (4 S)* parecen también ser adecuadas desde el punto de vista psicométrico, con elevada consistencia interna, estructura factorial y validez de constructo¹⁴.

En cuanto al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, los valores de fiabilidad y validez podrían ser sustancialmente inferiores a los de la esquizofrenia. Un estudio reciente que utilizó el *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* administrado por personal experto, comprobó que existía una deficitaria fiabilidad interexaminadores y congruencia diagnóstica entre los diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de trastorno esquizoafectivo¹⁵.

Trastorno afectivo bipolar

Al igual que para la mayoría de los trastornos psiquiátricos “mayores”, la nosología actual, codificada fundamentalmente a partir del DSM-III¹, es de esencia neokraepeliniana. Su evidencia empírica esta basada en estudios de validez clásicos, que derivan del trabajo pionero de Robins y Guze¹⁶, un estudio preliminar para establecer la validez de un diagnóstico psiquiátrico basado en los cuatro criterios de clínica fenomenológica, etiopatogenia, evolución y respuesta al tratamiento. Si bien algunos trabajos no han encontrado evidencias que apoyen la nosología iniciada en el DSM-III y ediciones posteriores, la gran mayoría de las pruebas empíricas continúan apoyando la estructura básica de la nosología kraepeliniana para los dos grandes grupos de psicosis¹⁷⁻¹⁹. Las clasificaciones de la manía aguda CIE-10 y DSM-IV son en esencia similares, tienen una alta validez concurrente y arrojan cifras de fiabilidad test-retest e interexaminadores también elevadas. La mayor parte de los instrumentos diseñados para evaluar la manía aguda presentan características psicométricas sobresalientes, desde la clásica y en buena medida “patrón” *Young Mania Rating Scale (YMRS)* en diferentes idiomas²⁰⁻²³ hasta la más reciente *Bipolar Inventory of Symptoms Scale (BISS)*²⁴, que presenta una alta validez concurrente con la escala de manía de Young y la de depresión de Montgomery-Asberg. En síntesis, pocos clínicos dudan a día de hoy de la validez de las entidades de trastorno bipolar y de manía aguda, al igual que sucede con la conceptualización de la esquizofrenia.

¿Depresión mayor o melancolía? Un posible ejemplo de pérdida de validez nosológica

Mientras que la fiabilidad diagnóstica en los dos grandes grupos de psicosis se consigue no a expensas de sacrificar la validez, numerosos autores no opinan lo mismo en relación a la depresión melancólica unipolar. El grupo australiano de Parker y cols²⁵⁻²⁹, ha profundizado, en diversos estudios realizados a lo largo de las dos últimas décadas, en

Tabla 4. Caracterización de las depresiones melancólicas según el grupo de Parker

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, et al, Australian and New Zealand J Psychiatry, 1991</i>: una muestra de 137 pacientes que cumplían criterios diagnósticos DSM-III de melancolía, criterios RDC de depresión endógena y criterios propios de endogeneidad se subdividió en pacientes psicóticos y no psicóticos, estratificando por edad y sexo. Las características diferenciales fueron el inicio a edad más temprana, los episodios más largos, mayor frecuencia de hospitalizaciones, ingresos más largos, retraso psicomotor y un funcionamiento más pobre en el año siguiente. No hubo diferencias en life-events previos, estresores psicosociales, historia familiar de episodios depresivos o clínica vegetativa
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Brodaty H, et al, Psychological Medicine, 1995</i>: las características definitorias de melancolía psicótica y no psicótica (simple) frente al “episodio depresivo mayor” DSM obtenidas del análisis multivariante son: delirios y/o alucinaciones, marcado retraso psicomotor, ideas de culpa, deseos de castigo o autopunitivos, constipación, insomnio distal, pérdida de apetito y peso y marcada anhedonia
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Parker G, Roussos J, Mitchell P, et al, J Affective Disorders, 1997</i>: 25 pacientes con depresión psicótica se comparan con un grupo similar, apareado por edad y género, de depresivos melancólicos no psicóticos. Los depresivos psicóticos presentaban niveles más elevados de retraso psicomotor. El resto de las variables consideradas (características clínicas, sociodemográficas, antecedentes personales, historia familiar, estresores, comorbilidad médica, ansiedad, rasgos de personalidad) no presentó diferencias significativas entre las depresiones psicóticas y las melancolías simples. Los resultados apoyan la consideración de la depresión psicótica como un subtipo grave de melancolía
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Parker G, Canadian J Psychiatry, 2006</i>: el modelo de depresión mayor del DSM-IV, de raíz cuantitativa, presenta una escasa utilidad a la hora de obtener correlaciones etiológicas, pronósticas y terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Parker G, Fletcher K, Hyett M, et al, Psychological Medicine, 2009</i>: los síntomas depresivos son altamente imprecisos. Este hecho, junto a la frecuencia de utilización de instrumentos diagnósticos de autoevaluación, han limitado la capacidad de desarrollar instrumentos válidos que discriminen entre depresión melancólica y no melancólica. Una muestra de 228 pacientes es analizada con dos grupos de instrumentos, uno cuantitativo basado en la severidad, y otro cualitativo basado en la existencia de 32 síntomas específicos o prototípicos de melancolía. El síndrome melancólico quedó mejor caracterizado por los síntomas cualitativos o prototípicos que por la severidad sintomática

la validez del diagnóstico de “depresión mayor”. Este autor ha incidido repetidamente en la baja utilidad del modelo cuantitativo de clasificación de la depresión usado en los sucesivos DSM, incluyendo el actual DSM-IV²⁹. Este grupo aboga por la recuperación del viejo concepto de “melancolía” en las futuras clasificaciones y lamenta la postergación del mismo. Un numeroso grupo de autores³⁰⁻³³, incluido alguno de la relevancia de Akiskal³⁴, también sugieren que el concepto de melancolía debe recuperarse. La melancolía es una de las pocas entidades nosológicas que ha mantenido validez a lo largo de más de dos milenios en el vocabulario psiquiátrico³⁵. El término melancolía incluye a aquellas alteraciones del ánimo de especial intensidad, con síntomas delirantes, con el sentido fenomenológico de endogeneidad-vitalización o que presentan un síndrome somático asociado (pérdida de apetito, peso, libido, alteración en los ritmos circadianos). Las características definitorias esenciales de la melancolía para el grupo de Parker incluyen el retraso psicomotor y la diferente cua-

lidad del humor³⁵⁻³⁷. Los pacientes melancólicos tienen también rasgos de personalidad más ajustados y menos disfuncionales que los depresivos mayores no melancólicos³⁸, así como una edad de comienzo del trastorno bien definida. El modelo de la melancolía resulta así muy útil a la hora de valorar la eficacia de los diferentes antidepresivos, con mejor respuesta global al tratamiento farmacológico que las depresiones no melancólicas. La utilidad de los ISRS y los nuevos antidepresivos no duales en las depresiones melancólicas se convierte también en un tema controvertido, sugiriéndose la superioridad de la clomipramina y otros tricíclicos, los IMAOs^{28,32,33,35}, y los nuevos antidepresivos duales como mirtazapina o venlafaxina³⁹. La Tabla 4 sintetiza los hallazgos del grupo de Parker en sucesivos estudios realizados desde los inicios de la década de los noventa.

Otros autores como Goldney⁴⁰ defienden, no obstante, una posición conceptual opuesta, señalando la validez de las categorías diagnósticas de trastornos afectivos del DSM, que a su juicio

incorporan la gran mayoría de formas clínicas de trastornos del humor encontradas en la práctica habitual, y sugieren incluso “amalgamar” las categorías diagnósticas CIE y DSM de trastornos afectivos con el objetivo de incrementar el nivel de acuerdo universal en la conceptualización de los trastornos del humor⁴⁰.

En la línea opuesta, las consideraciones de Parker, Vallejo y los autores que cuestionan la validez del constructo “depresión mayor” traen a colación la verdadera naturaleza de las clasificaciones y los diagnósticos psiquiátricos operativos, que han resultado en una mejor comunicación entre los clínicos, pero a expensas de postergar el uso del análisis psicopatológico tradicional. Parece fuera de duda que la habilidad de los clínicos para evaluar y clasificar los fenómenos psicopatológicos es una condición previa a la hora de formar sistemas nosológicos coherentes y profundizar en las correlaciones neurobioquímicas de los síntomas o síndromes³⁵. Esta escasa correlación de los datos clínicos con los datos biológicos es uno de los grandes problemas de la Psiquiatría actual, y probablemente impacta de forma negativa en los resultados terapéuticos⁴¹. En este sentido, autores como Ban⁴² hablan de prescripción indiscriminada como resultado de una psicofarmacología huérfana del análisis psicopatológico que la debe sustentar. La cuestionable prescripción de antidepresivos en trastornos adaptativo-reactivos y depresiones “menores” (en el sentido de los criterios RDC) podría ser, a nuestro juicio, un buen ejemplo de esta cuestión.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Durante las dos últimas décadas hemos asistido a un resurgir de estudios acerca del TOC, que incluyen aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, conductuales y farmacológicos. Estos estudios aportan datos que son altamente coincidentes, y refrendan cada vez más la validez del TOC como entidad. De este modo, la fiabilidad de la categoría diagnóstica es elevada utilizando diferentes sistemas de clasificación e instrumentos de evaluación estandarizados⁴³. Desde la tradicional *Yale-Brown*

Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) en sus versiones para adultos e infantil⁴⁴, diferentes instrumentos han sido diseñados para la evaluación clínica de los síntomas del TOC, presentando altos valores de fiabilidad y validez concurrente con la propia escala de Yale-Brown: *Florida Obsessive-Compulsive Inventory*^{45,46}, *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*⁴⁷, *Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory*⁴⁸, etc. Otro ejemplo, al igual que los ya analizados de esquizofrenia y trastorno bipolar, en los que la alta fiabilidad y operatividad diagnóstica se conseguirían sin sacrificar la validez de la categoría diagnóstica.

Neurosis, Distimia, Trastornos de Ansiedad y Somatomorfos: El imperio de la comorbilidad

En las clasificaciones actuales, categorías como las de distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, etc. presentan una elevada comorbilidad y una escasa consistencia longitudinal, siendo frecuente el cambio secuencial de diagnóstico durante el seguimiento, dada la sintomatología predominante en cada corte transversal⁴⁹. Autores de la relevancia de Tyrer, actual editor del *British Journal of Psychiatry*, han insistido en repetidas ocasiones en la recuperación del viejo concepto de neurosis o “síndrome neurótico general”, aportando criterios diagnósticos operativos para definir este constructo: síntomas de ansiedad y depresión suficientemente graves para realizar un diagnóstico de ansiedad y depresión formal; cambios en la primacía de los síntomas con la evolución; personalidad perteneciente al cluster C (evitativo-ansiosa, anancástica o dependiente); infrecuencia de rasgos del cluster B (histriónicos, límites o impulsivos, antisociales); antecedentes familiares de ansiedad-depresión; curso crónico; y alto número de life-events, posiblemente generados internamente por los rasgos de personalidad de los pacientes^{49,50}. En la Tabla 5 se presenta el sistema de puntuación operativo del denominado “síndrome neurótico general” o sdme de Tyrer.

Este grupo recoge en sus estudios la inestabilidad de las categorías de distimia, trastorno de

ansiedad generalizada y trastorno de pánico, con un 86% de cambios en el diagnóstico tras 2 años de seguimiento longitudinal⁵⁰. El solapamiento diagnóstico de las distimias, trastornos de ansiedad generalizada y trastornos de pánico parece ser no despreciable, y pone en el candelero un problema de primer orden: la consistencia diagnóstica de categorías que presentan una alta comorbilidad entre ellas. Un reciente trabajo que utilizó datos del *National Comorbidity Survey* recogió tasas de comorbilidad para la depresión mayor del 28,5% (trastorno de ansiedad generalizada) y del 36,7% (trastorno de pánico). La asociación entre la distimia y los síndromes somatomorfes es también elevada, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria: uno de cada 5 distímicos podría presentar un diagnóstico comórbido de trastorno somatomorfo⁵¹. Otro reciente estudio de Carroll y cols⁵², con 4.180 pacientes, que examinó la comorbilidad entre dos diagnósticos psiquiátricos (depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada) y uno médico (hipertensión arterial), encontró también una alta asociación entre las 3 entidades. Otros trabajos^{53,54} señalan también una alta comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y múltiples condiciones médicas: migraña, artritis

reumatoide, ulcus péptico, sdme del intestino irritable, cardiopatía isquémica, hipertiroidismo, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. Estos resultados vienen a resucitar el viejo concepto del “neuroticismo” como condición psiquiátrica que cursa con síntomas alternantes de ansiedad-depresión en estructuras caracteriales del cluster C, en el citado sentido de Tyrer. Asimismo, el neuroticismo se comportaría también como un factor de vulnerabilidad para el padecimiento de múltiples enfermedades psicósomáticas -en el sentido tradicional del término-.

Las soluciones propuestas para resolver este problema en los futuros sistemas de clasificación (DSM-V) pasan por recoger parte de la tradición psiquiátrica fenomenológica en la dimensión común de “trastornos internalizantes”, que agruparía buena parte de estas entidades correspondientes al grupo de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, caracterizados por una diátesis permanente de la personalidad que favorecería la aparición de síntomas ansiosos y/o depresivos a lo largo del tiempo^{55,56}. El “neuroticismo” presentaría una fuerte correlación con esta dimensión “internalizadora” como mecanismo de defensa o estrategia de afrontamiento propuesta

Tabla 5. Criterios diagnósticos operativos del “sdme neurótico general” o sdme de Tyrer⁵⁰

Características positivas	
• Presencia simultánea de síntomas de ansiedad y depresivos, cada uno de ellos lo suficientemente graves para realizar un diagnóstico de ansiedad o depresión formal, y que dura normalmente dos meses o más	+ 2
• Por lo menos un cambio en la primacía de los síntomas de ansiedad y depresivos en diferentes momentos en el curso del trastorno	+ 3
• Presentación simultánea de síntomas fóbicos, de pánico, obsesivos o hipocondríacos de gravedad variable, pero que no persisten más de tres meses	+ 1
• Trastorno de la personalidad ansioso-evitativo o dependiente	+ 3
• Trastorno de la personalidad anancástico	+ 1
• Al menos un pariente de primer grado tiene un trastorno similar mixto de ansiedad y depresión	+ 2
Características negativas	
• Síntomas fóbicos u obsesivos persistentes durante tres meses o más	- 2
• Los síntomas de ansiedad y depresivos están presentes solamente dentro de un mes tras estrés o acontecimientos vitales importantes	- 3
• Trastorno de personalidad antisocial, histriónico, impulsivo o límite	- 3

Puntuación total de 6 o más: sdme definitivo. Puntuación total 4-5. sdme posible.

para el DSM-V ($r = 0,98$)⁵⁶, resolviendo así el problema de la validez, al menos a nivel sindrómico.

En cuanto a los trastornos subclínicos o subsindrómicos que se presentan en el ámbito de la Atención Primaria, la cuestión parece más complicada, perdiéndose aquí buena parte de la ya baja validez de las categorías diagnósticas de los sistemas de clasificación diseñados para su uso por psiquiatras. Hanel y cols⁵⁷, tras estudiar a 1.751 pacientes de Atención Primaria, hallaron que los catalogados por sus médicos como “ansiedad”, “depresión” y/o “somatización” eran frecuentemente mujeres, de nivel socioeconómico bajo, que visitaban muy frecuentemente a su médico, presentaban una prolongada duración de los síntomas y altos niveles de estrés social y económico. Estos pacientes con formas subclínicas (*mild*) también han sido descritos en estudios realizados en nuestro medio^{51,58}, y no caben en los sistemas de clasificación al uso, requiriéndose categorías diagnósticas específicamente diseñadas para los médicos de Atención Primaria^{51,57,59}. Las cifras de comorbilidad “ansiedad-depresión-somatización” presentes en este ámbito asistencial podrían ser tan altas como del 11,5%⁵⁸. En este sentido, algunos autores reclaman una categoría independiente para esta dimensión conjunta “ansiedad-depresión-somatización” en Atención Primaria⁵⁷, que cursaría con un alto grado de severidad sintomática y de interferencia funcional producida por los síntomas (OR = 9,5 en relación al grupo de controles sanos).

Trastornos de personalidad: Modelos dimensionales versus categoriales. Discrepancias en las tasas epidemiológicas. Comorbilidad y solapamiento diagnóstico. La excepción del trastorno antisocial

Los modelos utilizados en los sistemas de clasificación al uso son categoriales (DSM-IV, CIE-10). El uso de modelos de clasificación categoriales corresponde a la tradición médica general y hace que los clínicos se encuentren más cómodos a la hora de describir a los pacientes. También facilitan la comunicación entre los clínicos⁶⁰. El inconvenien-

te fundamental es la gran comorbilidad existente entre los diversos diagnósticos de trastornos de personalidad (TP) y entre éstos y los trastornos del eje I⁶¹. Por otro lado, cuanto mejor se conoce un TP y más correlaciones biológicas se hallan en él, más probable será que sea transferido del eje II al eje I^{61,62}.

En cuanto a los modelos dimensionales, que utilizan descriptores amplios de los rasgos, es de destacar que pueden cubrir las características de la personalidad de forma más rica y de manera más comprensiva. Son modelos, por tanto, más complejos desde el punto de vista epistémico, y también se han beneficiado de manera importante del desarrollo de técnicas estadísticas sofisticadas e innovadoras, que permiten agrupar las distintas cualidades o atributos del carácter alrededor de factores de correlación o dimensiones⁶¹. Algunos ejemplos de clasificaciones dimensionales se muestran en la Tabla 6.

Si nos ocupamos a continuación de las tasas epidemiológicas de prevalencia de los TP, llama la atención el hecho de que éstas presentan intervalos muy amplios: las prevalencias en población general oscilarían entre el 10 y 20%^{60,62}, y en pacientes psiquiátricos se situarían entre el 30 y el 50%⁶⁰. Si comparamos estos intervalos con las más precisas tasas de prevalencia comunicadas para la esquizofrenia o el trastorno afectivo bipolar, las diferencias resultan llamativas. Subyace aquí la cuestión de los límites o puntos de corte utilizados para clasificar a un individuo como TP. Este inconveniente pue-

Tabla 6. Algunos modelos de clasificación dimensionales de la personalidad

1	<i>Eysenck</i> : extraversión-introversión/ neuroticismo/ psicoticismo
2.	<i>Zuckermann</i> : describe la dimensión de búsqueda de sensaciones
3.	<i>Cloninger</i> : describe 4 dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y constancia-persistencia
4.	<i>Modelo de los Big Five o cinco grandes</i> : definido por el acrónimo anglosajón OCEAN: openness (apertura), conscientiousness (escrupulosidad), extraversión, agreeableness (agradabilidad), neuroticismo

de evitarse, en parte, utilizando modelos “mixtos” de TP (categoriales-dimensionales). El modelo elaborado por Loranger⁶³ para la clasificación de los TP utilizando la entrevista clínica estructurada de la OMS “International Personality Disorders Examination” (IPDE) es un claro ejemplo de modelo mixto, que aporta diagnósticos categoriales de TP para DSM y CIE, pero provee a la vez de puntuaciones dimensionales de los diferentes rasgos aunque no se cumplan los criterios diagnósticos. El acuerdo interevaluadores y test-retest de los diagnósticos de TP usando originalmente el IPDE resultan satisfactorios, aunque a expensas de simplificar y operativizar el modelo y, por tanto, a expensas de la validez. En esta línea argumental, y a pesar de las buenas propiedades psicométricas descritas originalmente por los autores del IPDE, un estudio realizado en nuestro país con una muestra amplia (248 pacientes)⁶⁴ ilustra la gran variabilidad encontrada a la hora de realizar diagnósticos de TP mediante este instrumento. Así, el IPDE produciría más diagnósticos positivos de TP y una mayor comorbilidad entre ellos para la DSM-IV que para la CIE-10. Este resultado puede deberse a que la DSM-IV aporte una alta tasa de falsos positivos, a que la CIE-10 subdiagnostique los TP o a que las categorías diagnósticas no sean conceptualmente adecuadas.

Otro problema relevante a la hora de clasificar los TP hace referencia a la estabilidad transcultural de los rasgos⁶⁵. De este modo, el número de macrofactores o dimensiones y, por ende, la estructura factorial de los modelos usados, podrían ser diferentes para poblaciones con patrones culturales distintos (ej. europea y africana)⁶⁵. En este sentido, rasgos de personalidad considerados normales y adaptativos en una cultura podrían ser considerados como patológicos en otra.

Abundando en la cuestión de la fiabilidad y validez de las clasificaciones de la personalidad, Casey^{66,67} ha hecho también énfasis en el bajo grado de consistencia hallado entre los clínicos a la hora de establecer diagnósticos de TP. Las razones de este hecho podrían ser variadas:

1. Problema de los límites o puntos de corte, tanto cuantitativos (dentro de una categoría) como

cualitativos (entre las diferentes categorías, áreas de solapamiento y/o transición).

2. Varianza de informadores: información diferente según qué miembro de la familia describa los rasgos, diferencias entre auto y heteroevaluación, etc.
3. Podría existir un sobrediagnóstico de TP a expensas de un infradiagnóstico de trastornos del eje I (Por ejemplo síntomas de depresión –estado– que en realidad se evalúan erróneamente como rasgos permanentes de personalidad).
4. Los puntos de corte pueden situarse anormalmente bajos según el interés del investigador, del clínico o de la terapia utilizada (p. ej. sobrediagnóstico actual de los TP límite, diferencias en el tratamiento de los pacientes entre las muestras obtenidas de atención pública vs privada, orientación terapéutica del evaluador, etc).
5. El sobrediagnóstico de algunos TP podría también estar influenciado por los estereotipos de género (ej. trastorno histriónico en la mujer).
6. Confianza excesiva de los clínicos en las categorías diagnósticas, cuando éstas son en realidad artificios.

Finalmente, merece la pena señalar que las dificultades de fiabilidad y validez no se producen por igual en todas las categorías clasificatorias de TP. De este modo, el trastorno antisocial de la personalidad resulta ser una excepción, con valores kappa elevados que no se obtienen a expensas de la validez⁶⁸⁻⁷⁰. Este hecho es aún más marcado en varones⁶⁹. El trastorno antisocial, en el sentido tradicional de “psicopatía”, podría estar adecuadamente caracterizado por las dimensiones “dominancia-valentía” e “impulsividad-conducta antisocial”⁷¹, que presentarían una buena validez de criterio y sensibilidad al cambio, correlacionando con medidas de “externalización” como estrategia de afrontamiento del estrés, en la línea propuesta para sistemas de clasificación futuros como el DSM-V. Por último, otros patrones de personalidad no incluidos en los sistemas de clasificación CIE y DSM, como el Patrón de Conducta tipo A de Rosenman & Friedman, podrían tener también un mayor res-

paldo empírico y valores más elevados de fiabilidad y validez que la mayoría de los TP habitualmente utilizados por los clínicos.

Discusión y conclusiones

A la luz de la revisión teórica realizada, puede concluirse que la fiabilidad interexaminadores, test-retest y consistencia interna de las diferentes categorías diagnósticas CIE y DSM es bastante elevada. Los clínicos e investigadores de todo el mundo pueden así comunicarse de forma más satisfactoria y apropiada, utilizando instrumentos de evaluación comunes y una nomenclatura similar. No obstante, mientras esta fiabilidad no ha comprometido sustancialmente la validez de categorías nosológicas como la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo, numerosos autores no opinan lo mismo en relación a otros nuevos constructos como los de depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. En esta línea, abogan por la recuperación de conceptos fenomenológicos tradicionales o clásicos

como los de melancolía, neurosis o síndrome neurótico general, aportando criterios diagnósticos operativos que mantienen el alto nivel de acuerdo conseguido entre los clínicos sin sacrificar la validez categorial, es decir, midiendo de forma precisa pero midiendo lo que realmente se pretende medir. Algunos de los constructos actuales DSM y CIE, suma aséptica-inespecífica-¿ateórica? de síntomas, han postergado, en cierto sentido, el uso de la psicopatología fenomenológica tradicional, necesaria para formar sistemas nosológicos coherentes y profundizar en las correlaciones neuroestructurales y neuroquímicas de las categorías diagnósticas. Esta deficitaria correlación de los datos clínicos con los datos biológicos continúa siendo, a juicio de diversos autores, uno de los grandes problemas no resueltos de la Psiquiatría actual, y podría mejorarse recuperando el valor del análisis psicopatológico tradicional como base fundamental e ineludible de la evaluación clínica, en la que deberían sustentarse la investigación etiológica y las decisiones terapéuticas. De este modo se conseguiría, tal vez, mirar por un cristal menos opaco.

Resumen

La mejora en el acuerdo interexaminadores y test-retest en el diagnóstico psiquiátrico puede ser considerada como uno de los grandes logros de la Psiquiatría en el último cuarto de siglo. No obstante, la homogeneización y operativización de criterios puede presentar algunos inconvenientes: el incremento de la comorbilidad entre trastornos y la validez probablemente deficitaria de algunas entidades nosológicas podrían señalarse como los más destacables. El empleo de sistemas diagnósticos operativos no ha redundado en una mayor profundización en el análisis psicopatológico, dejando de lado una rica y compleja información, necesaria para profundizar en la etiopatogenia de los trastornos, correlacionar la clínica con las alteraciones biológicas subyacentes y tomar decisiones pronósticas y terapéuticas. Analizamos las repercusiones que este hecho tiene en la validez de diversas categorías diagnósticas, pasando por la “depresión mayor” (cuya validez podría ser menor que la de la melancolía clásica), los trastornos de ansiedad, distimias y somatomorfos (de menor estabilidad y validez que el “neuroticismo” como dimensión internalizadora ante el estrés y el denominado “síndrome neurótico general”) y los trastornos de personalidad (que presentan una escasa estabilidad diagnóstica y gran variabilidad de prevalencia en distintos estudios, excepción hecha del trastorno antisocial).

Palabras clave: *fiabilidad, validez, criterios diagnósticos operativos, sistemas de clasificación, melancolía, neurosis, trastornos de personalidad.*

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition. (DSM-III). Washington, American Psychiatric Press, 1980.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition (DSM-IV). Washington, American Psychiatric Press, 1995.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
- Jablensky A. Epidemiología de la esquizofrenia. En: Gelder M G, López-Ibor J J, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2003: 697-712.
- Wing J K, Birley J L, Cooper J E. Reliability of a procedure for measuring and classifying "present psychiatric state". Br J Psychiatry 1967; 113: 499-515.
- Wing J K, Babor T, Brugha T. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 589-93.
- Peralta V, Cuesta M J. Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de pacientes esquizofrénicos españoles. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1994, 22: 171-7.
- Norman R M, Malla A K, Cortese L, Díaz F. A study of the interrelationship between and comparative interrater reliability of the SAPS, SANS and PANSS. Schizophr Res 1996; 19: 73-85.
- Flaum M, Andreasen N. The reliability of distinguishing primary *versus* secondary negative symptoms. Compr Psychiatry 1995; 36: 421-7.
- Ventura J, Cienfuegos A, Boxer O, Bilder R. Clinical Global Impression of Cognition in Schizophrenia (CGI-CogS): reliability and validity of a co-primary measure of cognition. Schizophr Res 2008; 106: 59-69.
- Nasrallah H, Morosini P, Gagnon DD. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. Psychiatry Res 2008; 161: 213-24.
- Patrick D L, Burns T, Morosini P, Rothman M, Gagnon D D, Wild D, *et al.* Reliability, validity and ability to detect change of the clinician-rated Personal and Social Performance scale in patients with acute symptoms of schizophrenia. Curr Med Res Opin 2009; 25: 325-38.
- Xiao W, Liu H, Zhang H, Liu Q, Fu P, Chen J, *et al.* Reliability and validity of the Chinese version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43: 548-53.
- Lindstrom E, Jedenius E, Levander S. A symptom Self-rating scale for Schizophrenia (4S): Psychometric properties, reliability and validity. Nord J Psychiatry 2009; 20: 1-11.
- Cheniaux E, Landeira-Fernández J, Versiani M. The diagnosis of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10. Psychopathology 2009; 42: 293-8.
- Robins E, Guze S B. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 1970; 126: 983-7.
- Tsuang M T, Woolson R F, Fleming J A. Long-term outcome of major psychoses. Arch Gen Psychiatry 1979; 1295-301.
- Kendler K S. Toward a scientific psychiatric nosology. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 969-73.
- Kendler K S, Karkowski L M, Walsh D. The structure of psychoses. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 492-9.
- Kongsakon R, Bhatanaprabhabhan D. Validity and reliability of the Young Mania Rating Scale: Thai version. J Med Assoc Thai 2005; 88: 1598-604.
- Favre S, Aubry J M, Gex-Fabry M, Ragama-Pardos E, Maquillan A, Bertschy G. Translation and validation of a french version of the Young Mania Rating Scale (YMRS). Encephale 2003; 29: 499-505.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C, *et al.* Versión española de una escala para la evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Young Mania Rating Scale. Med Clin (Barc) 2002; 119 : 366-71.
- Karadag F, Oral T, Yalcin F A, Erten E. Reliability and validity of turkish translation of Young Mania Rating Scale. Turk Pikiyatri Derg 2002; 13: 107-14.
- González J M, Bowden C L, Katz M M, Thompson P, Singh V, Prihoda T J, *et al.* Development of the Bipolar Inventory of Symptoms Scale: concurrent validity, discriminant validity and retest reliability. Int J Methods Psychiatr Res 2008; 17: 198-209.

25. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, Mitchell P, Wilhelm K, Brodaty H, *et al.* Psychotic depression: A review and clinical experience. *Austr N Z J Psychiatry* 1991; 25: 169-80.
26. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Brodaty H, Austin M P, Mitchell P, Wilhelm K, *et al.* Sub-typing depression, II: Clinical distinction of psychotic depression and non-psychotic melancholia. *Psychol Med* 1995; 25: 825-32.
27. Parker G, Roussos J, Mitchell P, Wilhelm K, Austin M P, Hadzi-Pavlovic D. Distinguish psychotic depression from melancholia. *J Affect Disord* 1997; 42: 155-67.
28. Parker G. Through a glass darkly: The disutility of the DSM nosology of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 879-86.
29. Parker G, Fletcher K, Hyett M, Hadzi-Pavlovic D, Barrett M, Synnott H. Measuring melancholia: The utility of a prototypic symptom approach. *Psychol Med* 2009; 39: 989-98.
30. Thakur M, Hays J, Krishnan K R. Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression. *Psychiatry Res* 1999; 86: 99-106.
31. Tolle R. Delusion and depression. *Nervenarzt* 1998; 69: 956-60.
32. Vallejo J, Urretavizcaya M. ISRS en la melancolía. *Psiquiatr Biol* 1998; 5: 193-202.
33. Vallejo J. Viejos y nuevos antidepresivos en un mundo hedonista. *Psiquiatr Biol* 2001; 8: 37.
34. Akiskal H. Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic, and secondary depressions. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 635-43.
35. Libiger J, Young A, Bond D, Melanchón J M, Marneros A. Psychiatry benefits from psychopathology and diagnosis in shaping clinical management. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 202-3.
36. Ruiz-Doblado S. Depresión mayor, el norte perdido o el regreso a la melancolía (I). *Psiquiatr Biol* 2002; 9: 223-28.
37. Ruiz-Doblado S. Depresión mayor, el norte perdido o el regreso a la melancolía (II). *Psiquiatr Biol* 2003; 10: 9-16.
38. Rubino I A, Zanasi M, Robote C, Siracusano A. Personality differences between depressed melancholic and non-melancholic inpatients. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 145-8.
39. Ruiz-Doblado S, Rueda-Villar T, Casillas-Lara L. High-dose venlafaxine in delusional and severely depressed patients. *J Psychopharmacol* 2009; 23: 859-60.
40. Goldney R D. The utility of the DSM nosology of Mood Disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 874-8.
41. Vallejo J. ¿Quo vadis Psiquiatría? *Rev Psiquiatr Salud Mental* 2008; 1: 1-2.
42. Ban T A. Academic psychiatry and the pharmaceutical industry. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 3: 429-41.
43. Iancu I, Dannon P N, Zohar J. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2003: 981-9.
44. Gallart J, Storch E A, Merlo L J, Ricketts E D, Geffken G R, Goodman W K, *et al.* Convergent and discriminant validity of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 1369-76.
45. Storch E A, Kaufman D A, Bagner D, Merlo L J, Shapira N A, Geffken G R, *et al.* Florida Obsessive-Compulsive Inventory: development, reliability, and validity. *J Clin Psicol* 2007; 63: 851-9.
46. Aldea M A, Geffken G R, Jacob M L, Goodman W K, Storch E A. Further psychometric analysis of the Florida Obsessive-Compulsive Inventory. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 124-9.
47. Gonner S, Leonhart R, Ecker W. The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): validation of the german version in a sample of patients with OCD, anxiety disorders, and depressive disorders. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 734-9.
48. Radomsky A S, Ouimet A J, Ashbaugh A R, Lavoie S L, Parrish C L, O'Connor K P. Psychometric properties of the French and English versions of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Cogn Behav Ther* 2006; 35: 164-73.
49. Ruiz-Doblado S, Estepa-Zabala B, Fernández-Abascal B, Soler-Peligrín R. Síndrome Neurótico General, pan-neurosis o síndrome de Tyrer: un diagnóstico a considerar. *An Psiquiatría* 2003; 19: 64-70.
50. Tyrer P. Síndrome Neurótico General y trastornos mixtos por ansiedad-depresión. En: Tyrer P. *Clasificación de las neurosis*. Madrid, Díaz de Santos, 1992: 147-84.
51. Ruiz-Doblado S. Prevalence of depressive symp-

- toms and mood disorders in Primary care: a Spanish rural study. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 180-9.
52. Carroll D, Phillips A C, Gale C R, Batty A. Generalized Anxiety and Major Depressive Disorders, their comorbidity and Hypertension in middle-aged men. *Psychosom Med* 2010; 72: 16-9.
 53. Culpepper L. Generalized anxiety disorder and medical illness. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 Suppl 2: 20-4.
 54. Allgulander C. Generalized Anxiety Disorder: between now and DSM-V. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32: 611-28.
 55. Andrews G, Anderson T M, Slade T, Sunderland M. Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depress Anxiety* 2008; 25: 274-81.
 56. Griffith J W, Zinbarg R E, Craske M G, Mineka S, Rose R D, Waters A M, *et al.* Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychol Med* 2010; 40: 1125-36.
 57. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Saber N, Schaefer R, Szecsenyi J, *et al.* Depression, anxiety and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009; 67: 189-97.
 58. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García-Campayo J, *et al.* Prevalence and comorbidity of common mental disorders in Primary Care. *J Affect Disord* 2009; 119 : 52-8.
 59. Aragonés E, Lluís Piñol J, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2009; 41: 545-51.
 60. Phillips K A, Gunderson J G. Trastornos de la personalidad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de Psiquiatría*. Washington, American Psychiatric Press, 1995: 743-71.
 61. López-Ibor J J. Introducción a los trastornos de personalidad. En: Gelder M G, López-Ibor J J, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2003: 1095-100.
 62. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, *et al.* DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 46-53.
 63. Loranger A W. Descripción clínica de los trastornos de personalidad. En: Gelder M G, López-Ibor J J, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2003: 1100-04.
 64. Pérez-Urdániz A, Vega-Fernández FM, Martín-Navarro N, Molina-Ramos R, Mosqueira-Terrón I, Rubio-Larrosa V. Discrepancias diagnósticas entre CIE-10 y DSM-IV en los trastornos de personalidad. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33: 244-53.
 65. Rigozzi C, Dossier J, Dahourou D, Adjahouisso M, Ah-Kion J, Amoussou-Yeye D, *et al.* A cross-cultural study of the higher-order structures underlying personality disorders in french-speaking Africa and Switzerland. *J Pers Disord* 2009; 23: 175-86.
 66. Casey P R, Tyrer P. Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 261-5.
 67. Casey P. Trastornos de la personalidad. En: Vázquez-Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid, Aula Médica, 1998: 281-91.
 68. Das J, de Ruitter C, Doreleijers T. Reliability and validity of the Psychopathy Checklist: Youth version in dutch female adolescents. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 219-28.
 69. Dolan M, Vollm B. Antisocial personality disorder and psychopathy in women: a literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 2-9.
 70. Tyrer P, Cooper S, Seivewright H, Duggan C, Rao B, Hogue T. Temporal reliability of psychological assessments for patients in a special hospital with severe personality disorder: a preliminary note. *Crim Behav Ment Health* 2005; 15: 87-92.
 71. Witt E A, Donnellan M B, Blonigen D M, Krueger R F, Conger R D. Assessment of Fearless-Dominance and Impulsive Antisociality via normal personality measures: convergent validity, criterion validity, and developmental change. *J Pers Assess* 2009; 91: 265-76.

Correspondencia:

Dr. Sergio Ruiz Doblado.

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced.
Avda. Constitución, 2. 41640 Osuna (Sevilla).
España.

Teléfono y fax: 955 077257.

E-mail: sergioruiz@ozu.es