



PERFILES CLÍNICOS Y VARIABLES DE DESENLACE TERAPÉUTICO EN MUJERES CON DISTIMIA EN UN TRATAMIENTO GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTURAL

Mercè Sàez Carles

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Perfiles clínicos y variables de desenlace terapéutico
en mujeres con distimia en un tratamiento grupal cognitivo-conductual**

Mercè Sàez Carles



TESIS DOCTORAL

2019

Mercè Sàez Carles

**Perfiles clínicos y variables de desenlace terapéutico en mujeres
con distimia en un tratamiento grupal cognitivo-conductual**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Alfonso Gutiérrez-Zotes

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2019



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Carretera de Valls, s/n. Campus Sescelades

43005 Tarragona

Tel. 977-55-80-98

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “**Perfiles clínicos y variables de desenlace terapéutico en mujeres con distimia en un tratamiento grupal cognitivo-conductual**” que presenta Mercè Sàez Carles para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Psicología de esta Universidad y en el Hospital Psiquiátrico y Universitario Pere Mata y cumple con los requerimientos para poder optar al título de Doctora.

Reus, 2 de Mayo de 2019

El Director de la tesis doctoral

Dr. Alfonso Gutiérrez Zotes

AGRADECIMIENTOS

El final de este camino se culmina con enriquecimiento personal y profesional gracias a la ayuda recibida por parte de numerosas personas que han participado directa o indirectamente en éste proyecto.

Principalmente doy las gracias a mi tutor de tesis, el Doctor Alfonso Gutiérrez-Zotes, por su confianza en mí desde el principio, por su paciencia y por ser un maestro en sus enseñanzas. Gracias por dejarme formar parte de este proyecto que tanto me ilusionó desde el principio.

También agradecer a Pilar Casaus, por ser la impulsora del programa de distimia en los Centros de Salud Mental de Reus, Tarragona, Valls y el Vendrell. A las psicólogas que llevaron a cabo la terapia de grupo, Núria Estrada, Teresa Gavarró, María Checa, Vanesa Punset y Susana Santamaría. A las personas que nos ayudaron en los análisis de datos, Ana Gaviria y Gerard Muntané. Al equipo de la biblioteca del Institut Pere Mata, especialmente a Consuelo Centelles, Tania Olivares y Neus Gironès, por guiarme en la búsqueda bibliográfica. También a Fernando López por su colaboración en los estudios. Agradecer especialmente a las pacientes que participaron, sin ellas éste proyecto no hubiera sido posible.

Por último, agradecer a mi familia, a mi círculo más íntimo. Mis padres por apoyarme siempre en mis objetivos, y por poder hacer de abuelos cuando lo he necesitado. Mi marido Gustavo y mi hijo Sergi por su paciencia y su cariño, por entender el “todavía no se acaba”, por ser mi fuerza y energía en todo momento.

Gràcies de tot cor a cada un de vosaltres per formar-hi part.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	21
1.1. Conceptualización de la distimia	23
1.1.1. Concepto de distimia en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM</i>)	23
1.1.2. Concepto de distimia en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	29
1.1.3. Epidemiología en la distimia	30
1.1.4. Comorbilidad	31
1.1.5. Diagnóstico diferencial	34
1.1.6. Curso y pronóstico de la distimia	39
1.2. Aspectos clínicos de la distimia	41
1.2.1. Suptipos en la distimia	41
1.2.2. Distimia y sintomatología	43
1.2.3. Modelos dimensionales de personalidad en depresión	44
1.2.4. Etiología de la distimia	46
1.2.5. Factores de vulnerabilidad y pronóstico	50
1.2.6. Antecedentes familiares	52
1.3. Antecedentes de maltrato en la infancia y psicopatología	54
1.4. Esquemas desadaptativos tempranos y depresión	62
2. Estudio 1. Perfiles de distimia en función de la patología de la personalidad, maltrato en la infancia, esquemas y estrategias de afrontamiento	67
2.1. Justificación del estudio 1	69
2.1.1. Rasgos y dimensiones de la personalidad en distimia	69
2.1.2. Maltrato en la infancia y distimia	72
2.1.3. Teoría de esquemas desadaptativos de Young y distimia	74

2.1.4. Estrategias de afrontamiento y distimia	76
2.2. Objetivos e hipótesis	81
2.3. Metodología	82
2.3.1. Participantes	82
2.3.2. Procedimiento	83
2.3.3. Diagnóstico y evaluación clínica	84
2.3.4. Análisis Estadísticos	96
2.4. Resultados	98
2.4.1. Grupos de distimia en función de la personalidad según DAPP-BQ	100
2.4.2. Perfil de distimia en función de Hamilton y BDI	102
2.4.3. Perfil de distimia en función del maltrato en la infancia	104
2.4.4. Perfil de distimia en función de esquemas maladaptativos tempranos	106
2.4.5. Perfil de distimia en función de estrategias de afrontamiento	108
2.5. Discusión del estudio 1	114
2.5.1. Perfiles de distimia según el DAPP-BQ	114
2.5.2. Perfiles de distimia y maltrato en la infancia	119
2.5.3. Perfiles de distimia, esquemas y antecedentes de maltrato en la infancia	121
2.5.4. Perfiles de distimia, estrategias de afrontamiento y antecedentes de maltrato en la infancia	125
3. Estudio 2. Eficacia de la intervención cognitivo-conductual y de esquemas en mujeres con distimia. Factores predictivos del desenlace	131
3.1. Justificación del estudio 2	133
3.1.1. Factores de la distimia en el desenlace de la psicoterapia	133
3.1.1.1. Psicoterapia en distimia	133
3.1.1.2. Psicoterapia y personalidad en distimia	137
3.1.1.3. Psicoterapia y esquemas en distimia	140
3.1.1.4. Psicoterapia y maltrato en distimia	142
3.1.1.5. Psicoterapia y estrategias de afrontamiento en distimia	144
3.2. Objetivos e hipótesis	148

3.3. Metodología	149
3.3.1. Participantes	149
3.3.2. Procedimiento	149
3.3.3. Diagnóstico y evaluación clínica	150
3.3.4. Análisis Estadísticos	150
3.4. Resultados	151
3.4.1. Terapia de grupo y sintomatología depresiva	153
3.4.2. Patología de la personalidad y desenlace terapéutico	157
3.4.3. Antecedentes de abuso infantil y desenlace terapéutico	158
3.4.4. Esquemas maladaptativos tempranos y desenlace terapéutico	158
3.4.5. Estilos de afrontamiento y desenlace terapéutico	159
3.5. Discusión del estudio 2	161
3.5.1. Eficacia de la terapia de grupo en la muestra de mujeres distímicas	161
3.5.2. Patología de la personalidad y desenlace terapéutico	163
3.5.3. Abuso en la infancia y desenlace terapéutico	164
3.5.4. Esquemas desadaptativos y desenlace terapéutico	167
3.5.5. Estrategias de afrontamiento y desenlace terapéutico	170
4. Conclusiones	175
5. Referencias bibliográficas	179

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Trastorno distímico en el DSM-IV	25
Tabla 2. Trastorno depresivo persistente en el DSM-V	26
Tabla 3. Concepto diagnóstico de distimia en la CIE-10	50
Tabla 4. Características clínicas diferenciales entre el TDM, trastorno distímico y TDP	35
Tabla 5. Criterios diferenciales entre trastorno depresivo de la personalidad y distimia, según DSM-IV	37
Tabla 6. Teorías etiológicas según el modelo psicodinámico	47
Tabla 7. Teorías etiológicas según el modelo conductual	47
Tabla 8. Teorías etiológicas según el modelo cognitivo	48
Tabla 9. Teorías etiológicas según el modelo interpersonal	49
Tabla 10. Teorías etiológicas según el modelo genético	49
Tabla 11. Teorías etiológicas según el modelo fisiológico	50
Tabla 12. Tipología del trauma según diversos autores	54
Tabla 13: Estudios de psicopatología asociada a los trastornos externalizantes e internalizantes en la infancia y adolescencia, asociados al maltrato	56
Tabla 14. Relación entre personalidad y depresión (Klein & Miller, 1993)	70
Tabla 15. Criterios de inclusión-exclusión del estudio	82
Tabla 16. Descripción y caracterización de las escalas del cuestionario <i>Brief</i> COPE	85
Tabla 17. Estilos de afrontamiento en el cuestionario <i>Brief</i> COPE	86
Tabla 18. Representación del modelo de personalidad patológica	89

de Livesley. Dominios, rasgos y facetas.

Tabla 19. Esquemas incluidos en el dominio desconexión / rechazo, 92
según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young (traducción y
adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Tabla 20. Esquemas incluidos en el dominio de deterioro en 93
autonomía y ejecución, según la versión corta del cuestionario de esquemas de
Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Tabla 21. Esquemas incluidos en el dominio de dirigido por 94
las necesidades de los demás, según la versión corta del cuestionario de
esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y
Torrubia)

Tabla 22. Esquemas incluidos en el dominio de 95
sobrevigilancia e inhibición, según la versión corta del cuestionario de
esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y
Torrubia)

Tabla 23. Esquemas incluidos en el dominio de límites 96
deteriorados, según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young
(traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Tabla 24. Datos demográficos y de severidad clínica de la depresión 99

Tabla 25. Puntuaciones T según DAPP-BQ, de los grupos de distimia 101

Tabla 26. Puntuaciones T en Hamilton y BDI, de los grupos de distimia 103

Tabla 27. Tipos de maltrato y su relación con perfiles de distimia 105

Tabla 28. Esquemas Maladaptativos Tempranos y su relación 107
con perfiles de distimia

Tabla 29. Tipos de afrontamiento en los grupos de distimia	109
Tabla 30. Dimensiones de afrontamiento en los grupos de distimia	111
Tabla 31. Resumen de resultados perfiles de distimia	113
Tabla 32. Subtipos de distimia según Huprich, Defife y Westen (2014)	139
Tabla 33. Distribución de las sesiones	149
Tabla 34. Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra total de mujeres con distimia (N:51)	152
Tabla 35. Mejoría en HDRS y BDI después de la terapia de grupo	155
Tabla 36. Análisis de regresión lineal de la relación entre el maltrato infantil y la mejoría sintomática según HDRS y BDI	158
Tabla 37. Análisis de regresión lineal de la relación entre esquemas maladaptativos tempranos y la mejoría sintomática según HDRS y BDI	159
Tabla 38. Análisis de regresión lineal de la relación entre estilos de afrontamiento y la mejoría sintomática según HDRS y BDI	160
Tabla 39. Correlación entre los estilos de afrontamiento y mejoría en síntomas depresivos (n=28)	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Diagrama conceptual hipotético del efecto indirecto de la parentalidad maladaptativa en los síntomas depresivos, mediante los EMT (Haugh, Miceli, & DeLorme, 2017)	65
Gráfico 2. Procedimiento del estudio	83
Gráfico 3. Grupos de distimia según DAPP-BQ	102
Gráfico 4. Esquemas Maladaptativos Tempranos y su relación con los perfiles de distimia	108
Gráfico 5. Dimensiones de afrontamiento en los grupos de distimia	110
Gráfico 6. Afrontamiento focalizado en el problema (AFP) y afrontamiento focalizado en la emoción (AFE), en los grupos de distimia	112
Gráfico 7. Puntuaciones HDRS y BDI iniciales y finales	154
Gráfico 8. Porcentaje de mejoría en HDRS y BDI pre y post grupo	156
Gráfico 9. Puntuaciones en el BDI después de la terapia de grupo	156
Gráfico 10. Puntuaciones en el HDRS pre y post grupo	157

LISTA DE ABREVIATURAS

AC: Activación Conductual

AFE: Afrontamiento focalizado en la emoción

AFP: Afrontamiento focalizado en el problema

AT: Alianza Terapéutica

BDI: *Beck Depression Inventory*

BDNF: Factor neurotrófico derivado del cerebro

CBASP: *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

COPE: *Coping Orientations to the Problems Experienced*

CTQ-SF: *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*

DAPP-BQ: *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

E: Extraversión

EDM: Episodio Depresivo Mayor

EMT: Esquemas Maladaptativos Tempranos

EN: Emocionalidad Negativa

EP: Emocionalidad Positiva

EPA: Eficacia Percibida de Afrontamiento

EPQ-R: *Eysenck Personality Questionnaire Revised*

HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*

HPA: Hipotalámico-pituitario-adrenal

5- HTT: Gen del transportador de la serotonina

IL-1: Polimorfismos en la interleucina 1

MCI: *Multidimensional Coping Inventory*

N: Neuroticismo

NEO PI-R: *NEO Personality Inventory Revised*

OMS: Organización Mundial de la Salud

SCID: *The Structured Clinical Interview for DSM*

SWAP: *Shedler-Westen Assessment Procedure*

TCC: Terapia Cognitiva - Conductual

TCD: Terapia Centrada en el Dilema

TCC-E: Terapia Cognitivo - Conductual y por esquemas

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TDP: Trastorno Depresivo Persistente

TDPE: Trastorno Depresivo de la Personalidad

TIP: Psicoterapia Interpersonal

WOC: *Ways of Coping*

YSQ-L2: *Young Schema Questionnaire*

ZKPQ: *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire*

RESUMEN

Introducción: Los factores temperamentales y de personalidad parecen jugar un rol más importante en la distimia que en el resto de depresiones, influyendo en el inicio y curso del trastorno distímico. La adversidad temprana, los esquemas cognitivo-emocionales y las estrategias de afrontamiento influyen en la cronicidad, curso y tratamiento del trastorno distímico. Este estudio tuvo una doble finalidad. El primer objetivo es obtener perfiles clínicos en mujeres distímicas en función de la patología de la personalidad y caracterizarlos en función de la severidad, tipo de maltrato en la infancia, esquemas maladaptativos tempranos y estrategias de afrontamiento. El segundo objetivo es detectar si el tiempo de evolución de la enfermedad, la gravedad de la depresión, los rasgos patológicos de la personalidad, adversidad en la infancia, los esquemas disfuncionales y las estrategias de afrontamiento se asocian a peor resultado de la psicoterapia en relación a la sintomatología depresiva.

Método: En el estudio 1 se incluyeron 91 participantes diagnosticadas de distimia, la mayoría de inicio tardío. Evaluación clínica: Se administró la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I), la escala de Depresión de Hamilton (HDRS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Trauma infantil- Forma Abreviada (CTQ-SF), el cuestionario de afrontamiento Brief COPE, el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ) y el cuestionario Valoración Dimensional de la Personalidad Patológica de Livesley (DAPP-BQ). Análisis estadísticos: Análisis de *clúster* jerárquico con el método de Ward, estadísticos descriptivos y comparación entre muestras con U de Mann-Whitney. En el estudio 2 de seguimiento pre y post-tratamiento en 51 pacientes, se utilizaron las mismas pruebas que en el estudio 1.

Análisis estadísticos: comparación entre muestras con U de Mann-Whitney y Wilcoxon, análisis de las variables que influyen en la mejoría de la sintomatología depresiva (HDRS y BDI) mediante análisis de regresión lineal (método hacia atrás) ajustando, según el caso, la patología de la personalidad, el maltrato, los esquemas cognitivos y las estrategias de afrontamiento por edad y los años de evolución del trastorno.

Resultados: En el estudio 1. Hemos hallado dos subtipos de distimia. En el grupo 1, las dimensiones en personalidad están dentro de la normalidad, con la excepción de problemas de la identidad. En el grupo 2, se obtuvieron múltiples elevaciones en dimensiones de patología de la personalidad. Las pacientes del grupo 2, tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que las del grupo 1 en sintomatología depresiva (HDRS y BDI), diversos tipos de maltrato (mayor gravedad), esquemas desadaptativos y afrontamiento emocional. En el estudio 2 se obtuvo que la terapia de grupo cognitiva-conductual y de esquemas fue eficaz para reducir los síntomas depresivos de las mujeres distímicas. En el análisis de regresión, hallamos que el abuso físico se asocia con una menor mejoría en las escalas de depresión de HDRS y BDI. El esquema de vulnerabilidad se asoció negativamente a la mejoría en HDRS, aunque también se relacionó con los años de evolución. El esquema de dependencia y el esquema de autocontrol insuficiente se asociaron a una mejoría en BDI. Finalmente, el afrontamiento cognitivo pasivo estuvo asociado negativamente con la mejoría en HDRS y BDI mientras que el afrontamiento emocional pasivo se asoció con una mejoría en la sintomatología.

Conclusiones: En el estudio 1. Nuestros resultados muestran la heterogeneidad en el cuadro distímico cuando se analiza mediante rasgos de personalidad patológicos, y que una mayor gravedad implica mayor adversidad infantil, esquemas cognitivos más disfuncionales y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. En el estudio 2.

En el tratamiento psicológico de la distimia, es importante identificar las variables que se asocian con un resultado terapéutico deficiente, como las experiencias de abuso infantil, los esquemas cognitivos tempranos, así como las estrategias de afrontamiento del trastorno.

“Como es de esperar, el niño busca la proximidad del cuidador cuando se siente alterado pero si el cuidador altera todavía más al niño en lugar de brindarle consuelo y seguridad, se genera una paradoja irresoluble”

(Main y Salomon, Affective development infancy, 1986)

“El contacto mismo es el elemento temido, dado que conlleva una promesa de amor, seguridad y consuelo que a la larga no puede verse satisfecha y que le recuerda (al paciente) las abruptas brechas (lagunas relacionales) de la niñez.”

(Hedges, Surviving the transference psychosis, 1997)

1. Introducción

1.1. Conceptualización de la distimia

1.1.1 Concepto de distimia en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM)

La distimia es un concepto que se introdujo por la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) para describir un estado depresivo crónico, con síntomas que eran menos graves que en la depresión mayor. La eliminación de la depresión neurótica en el DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) y la sustitución por distimia, fue debido en gran parte a la conclusión de que, en la distimia, hay una tendencia crónica a la disforia. En el DSM-III el concepto de distimia se clasificó dentro de los trastornos del ánimo debido a que los estudios de seguimiento demostraron que un porcentaje muy elevado de pacientes desarrollaban posteriormente depresiones mayores o incluso un trastorno bipolar (Akiskal, Bitar, Puzantian, Rosenthal, & Walker, 1978). Los criterios de distimia en el DSM-III, resaltaban la cronicidad de los síntomas depresivos, pero sin la severidad del episodio depresivo mayor (EDM), con dos años o más de duración y con períodos breves de normalidad (si la ausencia de síntomas era de más de dos meses no debía diagnosticarse distimia). También se incluían en este grupo, una forma de distimia derivada de la remisión incompleta de la depresión mayor. Por tanto, el concepto de distimia en el DSM-III era heterogéneo e incluía todas las depresiones crónicas (más de dos años de evolución). En el DSM-III era poco clara la relación entre trastorno depresivo y trastorno de la personalidad, especificando que “a menudo los síntomas afectivos se consideran secundarios a un trastorno subyacente de la personalidad”.

A partir del DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987), se introducen modificaciones que ofrecen mayor especificidad y sensibilidad en los síntomas, y en las

Introducción: Conceptualización de la distimia

definiciones del diagnóstico de distimia, así: 1) La distimia no es una condición residual del EDM y se la diferencia de la depresión crónica secundaria; 2) se excluye la asociación de EDM en los dos primeros años de evolución de la distimia; 3) introduce especificaciones referentes a la edad de comienzo (comienzo precoz: < 21 años / comienzo tardío: > 21 años); y 4) se excluyen síntomas de predominio somático (excepto el apetito escaso o excesivo).

En el DSM-III-R la delimitación de la distimia con otros trastornos del humor fue conflictiva, específicamente en relación al trastorno depresivo mayor (TDM). Para tratar esta cuestión se formó una *task-force* que trabajó en 5 ciudades de los Estados Unidos, en la que se estudiaron 517 pacientes ambulatorios e internados. En este grupo de trabajo se enfatizaron los síntomas de naturaleza cognitiva, como el retraimiento social y las ideas pesimistas predominantes, y se otorgó menor importancia a los trastornos del sueño y del apetito. Se describen como síntomas asociados en la distimia los sentimientos de incompetencia, el aislamiento social, los sentimientos subjetivos de irritabilidad y el descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad. El grupo de trabajo también propuso aumentar de 6 a 9 los criterios para la distimia y de 2 a 3 los criterios exigidos del grupo B de los criterios diagnósticos.

El DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) (tabla 1) considera al menos dos patrones de distimia: 1) La distimia pura no complicada por depresión mayor y, 2) un patrón más prevalente de distimia complicado por episodios depresivos mayores que podrían ser incluso de intensidad moderada o grave, los cuales han sido llamados depresión doble (Keller, Lavori, Endicott, Coryell, & Klerman, 1983). El DSM-IV, al igual que la clasificación anterior del DSM-III, distingue dos tipos de distimia: 1) distimia de comienzo temprano; y 2) distimia de comienzo tardío.

Tabla 1. Trastorno distímico en el DSM-IV

DSM-IV: Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno Distímico (300.4)
A- Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día, de la mayoría de días, manifestado por el sujeto durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
B- Presencia, mientras está deprimido, de 2 (o más) de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida o aumento de apetito.2. Insomnio o hipersomnia.3. Falta de energía o fatiga.4. Baja autoestima.5. Dificultad para tomar decisiones.6. Sentimientos de desesperanza.
C- Durante el período de 2 años de la alteración (1 año en niños o adolescentes) el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses.
D- No ha habido un episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños o adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un episodio depresivo mayor en remisión parcial.
Nota: Antes de la aparición del trastorno distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños o adolescentes) del trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

En el DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) (tabla 2) la distimia se denomina trastorno depresivo persistente (TDP) con la finalidad de distinguir claramente las depresiones crónicas de las episódicas. El TDP forma parte de un conjunto más amplio de trastornos depresivos, donde el criterio de duración (más que la gravedad de la enfermedad) se seleccionó como factor de discriminación con el TDM. En los dos últimos años, en función del curso, se han identificado cuatro entidades diferentes del trastorno depresivo mayor persistente, así: 1) con síndrome distímico puro; 2) con episodio de depresión mayor persistente; 3) con episodios intermitentes de

depresión mayor, con episodio actual; y 4) con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual. Además, el TDP se puede clasificar en leve, moderado y severo.

Tabla 2. Trastorno depresivo persistente en el DSM-V

DSM-V: Trastorno Depresivo Persistente 300.4 (F34.1) En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV
A- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de 2 años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de 1 año.
B- Presencia, mientras está deprimido, de 2 (o más) de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none">1. Poco apetito o sobrealimentación.2. Insomnio o hipersomnia.3. Falta de energía o fatiga.4. Baja autoestima.5. Dificultad para tomar decisiones.6. Sentimientos de desesperanza
C- Durante el período de 2 años de la alteración (1 año en niños o adolescentes) el individuo no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
D- Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.
E- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, y nunca se han cumplido criterios para un trastorno ciclotímico.
F- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
G- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p.ej., hipotiroidismo).
H- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Tabla 2. Trastorno depresivo persistente en el DSM-V (continuación)

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor, se hará un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
- Con características psicóticas incongruentes con el estado anímico
- Con el inicio del embarazo

Especificar si:

- En remisión parcial: Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes, pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.
- En remisión total: Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar si:

- Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.
- Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Tabla 2. Trastorno depresivo persistente en el DSM-V (continuación)

<p>Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes de trastorno depresivo persistente):</p> <ul style="list-style-type: none">• Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor al menos en los dos años anteriores.• Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.• Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.• Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.
<p>Especificar, la gravedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Leve: Poco o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.• Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.• Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

1. 1. 2. Concepto de distimia en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

La distimia se incluye en la CIE-9 (Organización Mundial de la Salud, 1978) con el término de neurosis depresiva. En la CIE-9 se acepta que las neurosis depresivas pueden tener interurrencias de episodios depresivos leves, como en el DSM-II.

En la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993) (tabla 3) la distimia se incluye dentro de los trastornos del humor (afectivos) persistentes. La distimia se considera una depresión crónica del estado del ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de trastorno afectivo persistente, aunque en el curso pasado pudo haber episodio depresivo mayor.

Tabla 3. Concepto diagnóstico de distimia en la CIE-10

CIE-10 Concepto diagnóstico de distimia F34.1
<p>Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.0) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.</p>
<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Depresión ansiosa persistente.- Neurosis depresiva.- Trastorno de personalidad depresiva.- Depresión neurótica (de más de dos años de duración)-
<p>Excluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).- Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).- Esquizofrenia residual (F20.5).

1.1.3. Epidemiología en la distimia

La distimia es una entidad psicopatológica compleja por su heterogeneidad y comorbilidad con una prevalencia del 3-5% en la población general (Gallardo-Moreno, Jiménez-Maldonado, González-Garrido, & Villaseñor-Cabrera, 2013; Keller, 1994; Kessler et al., 1994; Leader & Klein, 1996) y 20-36% en población psiquiátrica (Markowitz, Moran, Kocsis, & Frances, 1992). Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La edad media de inicio de los trastornos de estado de ánimo (incluida la distimia), se encuentra en la mayoría de estudios entre los 13-14 años, con una prevalencia en adolescentes del 3,4% y sin diferencia entre géneros (Canals, Hernández, Sáez, & Arija, 2018; Costello, Erkanli, & Angold, 2006; Merikangas et al., 2010; Ormel et al., 2015; Sequeira, Lewis, Bonilla, Smith, & Joinson, 2017).

La distimia fue catalogada inicialmente como una patología menor. Sin embargo las limitaciones funcionales (nivel social, laboral y familiar) pueden llevar a considerarla una patología grave, como lo hacen Markowitz y colaboradores (1992). Según Klein, Schwartz, Rose y Leader (2000) los pacientes afectados tienden a experimentar mayor acumulación de síntomas, más intentos de suicidio, hospitalizaciones y deterioro social con respecto a pacientes con depresión mayor episódica. La proporción de personas que padecen distimia que consulta al psiquiatra puede llegar a ser elevada, con hasta un 36% en el estudio de Markowitz y colaboradores (Markowitz et al., 1992).

La depresión es el problema de salud mental más frecuente y relevante en atención primaria. Diversos estudios en nuestro país han hallado en este nivel asistencial una prevalencia que se sitúan en un rango del 6-15% para la depresión mayor y del 2-5%

para la distimia (Baca et al., 1999; Chocrón, Vilalta, Legazpi, Auquer, & Franch, 1995). En otro estudio con pacientes de atención primaria se encontraron tasas de prevalencia de distimia del 4,8% (Aragones et al., 2004).

Respecto a las características demográficas de la distimia, estudios epidemiológicos con pacientes adultos, concluyen que el género femenino distingue los grupos de sujetos con depresión de los no deprimidos, hallando una proporción de 9 mujeres por cada varón con depresión (Aragones et al., 2004; Markkula et al., 2015). Las personas solteras, de menor edad y de menor nivel educativo, presentan mayor riesgo de depresión (Aragones et al., 2004; Markkula et al., 2015). La mayoría de estudios recientes se realizan con muestras de distimia junto con TDM (Ferrari et al., 2013; Markkula et al., 2015) puesto que parece ser que ambos trastornos no difieren en las variables demográficas (Aragones et al., 2004).

1.1.4. Comorbilidad

La distimia no constituye un cuadro clínico homogéneo, de hecho, parte de la heterogeneidad que presenta se asocia a una elevada comorbilidad psiquiátrica (Autonell et al., 2007; Yerevanian, Koek, & Ramdev, 2001). Las comorbilidades incluyen la depresión mayor (hasta el 75%), trastorno de ansiedad (hasta el 50%), trastornos de la personalidad (20-40% o más en la distimia de inicio precoz), trastornos somatomorfos (2,8%-45,2%) y abuso de sustancias (hasta un 50%) (Klein et al., 2000; Sansone & Sansone, 2009).

A continuación, se enumeran y explican los principales cuadros clínicos asociados al diagnóstico de trastorno distímico:

- **Trastorno depresivo mayor:** Más del 60% de los pacientes con distimia experimentan en algún momento de su vida una exacerbación de sus síntomas

Introducción: Conceptualización de la distimia

cumpliendo los criterios para un EDM (Hayden & Klein, 2001; Klein et al., 2000). Esta concomitancia de la severidad de los síntomas se denomina depresión doble. En ocasiones, es esta exacerbación de los síntomas, lo que lleva a los pacientes con distimia a solicitar tratamiento (Klein & Santiago, 2003).

- **Trastornos de ansiedad:** La ansiedad constituye el trastorno del eje I más asociado con la depresión (Sanderson, Beck, & Beck, 1990). Diferentes estudios muestran la asociación entre distimia y diferentes trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, ansiedad generalizada, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo) (Angst, 1993; Guelfi, 1993; Judd, 1994). En un estudio reciente con adolescentes con trastorno depresivo (incluida la distimia), el 80%-71.9% tenían también un trastorno de ansiedad (Canals et al., 2018). Para los trastornos de ansiedad, la comorbilidad puede variar entre el 40% (Markowitz et al., 1992) y el 90% (Browne et al., 1999) en función de la variabilidad de la muestra y el número de trastornos asociados que se consideren.
- **Trastornos de la personalidad:** La distimia presenta mayor asociación con patología de la personalidad que la depresión mayor. Los estudios con familias de Klein et al. (1995) concluyen que los parientes de pacientes con distimia tienen más frecuencia trastornos de personalidad asociados, que los familiares de pacientes con depresión mayor. Del mismo modo, la distimia tiene una comorbilidad más elevada con trastornos de la personalidad en relación a la depresión mayor (entre las que se incluye la melancolía) (Gargyfallos, Adamopoulou, Karastergiou, & Al., 1999). El grado medio de solapamiento entre distimia y personalidad depresiva es de un 50% (Bagby & Ryder, 1999; Huprich, 2001; Skodol et al., 1999), siendo mayor el solapamiento con el grupo

Introducción: Conceptualización de la distimia

- B y C de los trastornos de la personalidad (Pepper et al., 1995; Ryder & Bagby, 1999). El solapamiento es mayor si la distimia es de inicio temprano (Gargyfallos et al., 1999; Pepper et al., 1995) y si la comorbilidad se asocia a 2 o más trastornos de la personalidad (Sanderson, Wetzler, Beck, & Betz, 1992).
- **Abuso de sustancias y alcoholismo:** Según Moore et al. (1989) el abuso de alcohol puede llegar al 30% si se estudia cuidadosamente al paciente depresivo. Estudios de seguimiento concluyen que el abuso de alcohol empeora el pronóstico del trastorno distímico (Mueller et al., 1994).
 - **Trastornos somatomorfos:** Los trastornos por somatización suelen ser secundarios a la distimia y constituyen una de las formas más frecuentes de depresión enmascarada (Chappa, 1985). En asistencia primaria los pacientes con distimia presentan elevada comorbilidad somática (Nuyen et al., 2005). Según Aragonés et al. (2003) en una muestra de pacientes depresivos (depresión mayor y distimia) de atención primaria, se concluyó que los síntomas referidos con más frecuencia fueron el dolor de espalda (47%), cefalea (27%), mareos (27%), fatiga (24%) y dolor en las extremidades (24%).

1.1.5. Diagnóstico diferencial

El TDM es la enfermedad psiquiátrica que se asocia con más frecuencia con la distimia, ya que comparten el deterioro funcional significativo y la elevada comorbilidad. Sin embargo, existen numerosas características clínicas distintivas entre ambos diagnósticos. La distimia, a diferencia del TDM, se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y más crónicos (duración mínima de dos años), el inicio es insidioso y puede haber episodios breves de humor normal. El TDM consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados, de inicio bien definido, con síntomas sostenidos en el tiempo que pueden distinguirse de la actividad normal de la persona. En el trastorno distímico la alteración del estado de ánimo no puede distinguirse con facilidad del funcionamiento normal del sujeto (Cuijpers, Li, Hofmann, & Andersson, 2010; Griffiths, Ravindran, Merali, & Anisman, 2000; Moch, 2011)

Existen diferencias diagnósticas en la distimia del DSM-V en relación al manual DSM-IV que afectan al diagnóstico diferencial con el TDM. La diferencia más notable es que, en el DSM-V, durante los primeros 2 años que dura la alteración puede haber un TDM. A continuación, se enumeran las características distintivas entre la distimia, TDM y el TDP del DSM-V (tabla 4).

Tabla 4. Características clínicas diferenciales entre el TDM, trastorno distímico y TDP

Trastorno Depresivo Mayor (según DSM-IV y DSM-V)	Trastorno Distímico (DSM-IV)	Trastorno Depresivo Persistente (DSM-V)
Criterios: 5 o más de los siguientes síntomas.	Criterios: 2 o más de los siguientes síntomas (ver tabla 1, criterio B).	Criterios: 2 o más de los siguientes síntomas (ver tabla 2, criterio B).
Síntomas relevantes: Marcada disminución del interés en todas las actividades, agitación o enlentecimiento psicomotriz, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, pensamientos recurrentes de muerte.	Síntomas relevantes: Baja autoestima y sentimientos de desesperanza.	Síntomas relevantes: Baja autoestima o sentimientos de desesperanza.
Duración del episodio: mínimo 2 semanas.	Duración del episodio: Mínimo de 2 años.	Duración del episodio: Mínimo de 2 años.
Cambio marcado respecto funcionamiento previo: Sí.	Cambio marcado respecto funcionamiento previo: Alteración del estado de ánimo forma parte del funcionamiento “normal” del sujeto.	Cambio marcado respecto funcionamiento previo: El cambio marcado es más impreciso.
Edad de inicio: variable.	Edad de inicio: Se usa especificación (temprano/tardío). Suele ser temprano e insidioso.	Edad de inicio: Se usa especificación (temprano/tardío). Suele ser temprano e insidioso.
	Durante los 2 primeros años que dura la alteración no puede haber TDM.	Durante los dos primeros años que dura la alteración puede haber diagnóstico de TDM, se usan especificadores.

Introducción: Conceptualización de la distimia

El concepto de personalidad depresiva ha sido ampliamente usado por la literatura clínica, particularmente en trabajos psicodinámicos y descripciones de autores fenomenológicos (Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian, 1983; Phillips, Gunderson, Hirschfeld, & Smith, 1990). En este sentido se han incluido una constelación de rasgos como baja autoestima, auto-desvalorización, pesimismo y sumisión.

La redundancia conceptual y empírica entre el trastorno depresivo de la personalidad (TDPE) y la distimia ha sido un problema recurrente. El debate se ha centrado en si el TDPE es conceptualmente distinto del trastorno distímico y si las tasas de superposición entre las dos entidades son suficientemente bajas para justificar la creación formal de una nueva categoría (Huprich, 2001). En respuesta a las críticas sobre su conceptualización, el TDPE apareció como nueva categoría diagnóstica en el apéndice del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 2000), en proceso de determinar si la personalidad puede distinguirse de los trastornos del humor, particularmente de la distimia, o si los rasgos de personalidad depresiva son simplemente secuelas de un EDM previo (Widiger & Shea, 1991).

A pesar de la superposición conceptual entre distimia y el TDPE se hallan también importantes diferencias, así: 1) La psicopatología central de la personalidad depresiva es cognitiva, mientras que en la distimia es más afectiva y vegetativa (Phillips et al., 1990); 2) el diagnóstico de TDPE no debe considerarse si los síntomas se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico o si sólo aparecen en coincidencia con episodios depresivos mayores (*American Psychiatric Association*, 2000); 3) la personalidad depresiva debe tener un inicio temprano (no se requiere en la distimia) y se caracteriza por ser más de tipo rasgo que de estado, más estable, duradera y resistente al cambio que los síntomas distímicos (Phillips et al., 1990); y 4) la presencia de síntomas somáticos crónicos clínicamente significativos, como insomnio o falta de apetito,

sugiere que existe una gran probabilidad de que se trate de un trastorno distímico, incluso si también hay rasgos caracteriales de la personalidad depresiva (*American Psychiatric Association*, 2000) (tabla 5).

Tabla 5. Criterios diferenciales entre trastorno depresivo de la personalidad y distimia, según DSM-IV

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Depresivo de la Personalidad	Criterios para el diagnóstico de F.34.1 Trastorno Distímico (300.4)
<p>A. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos y se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:</p>	<p>A. Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Nota: En los niños o adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. El estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. 2. La concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima. 3. Se critica, se acusa o se auto-descalifica. 4. Cavila y tiende a preocuparse por todo. 5. Critica, juzga y lleva la contraria a los otros. 6. Se muestra pesimista. 7. Tiende a sentirse culpable o arrepentido. 	<p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida o aumento de apetito. - Insomnio e hipersomnia. - Falta de energía o fatiga. - Baja autoestima. - Dificultades para concentrarse o tomar decisiones. - Sentimientos de desesperanza.

Investigaciones sobre comorbilidad y rasgos de personalidad también tratan de dar respuesta a la polémica sobre la relación entre distimia y TDPE. Estudios sobre superposición hallan un grado de solapamiento entre ambas entidades que varía entre 19% hasta un 95%, con un promedio alrededor de 50% (Bagby & Ryder, 1999; Huprich, 2001;

Introducción: Conceptualización de la distimia

Ryder, Bagby, & Schuller, 2002). Son los síntomas psicológicos de la distimia (baja autoestima y sentimientos de desesperanza) los que aumentan la comorbilidad con el TDPE (Ryder & Bagby, 1999; Ryder, Schuller, & Bagby, 2006). Otros estudios que tratan de analizar de forma precisa diferencias en los niveles de rasgo, encuentran que las personas con TDPE, en relación a las que padecen distimia y depresión, tienen niveles más elevados de perfeccionismo, mayor preocupación por cometer errores y más informes críticos de los padres (Huprich, Porcerelli, Keaschuk, Binienda, & Engle, 2008), y esto es independiente del estado de ánimo (Hartlage, Arduino, & Alloy, 1998). Estos resultados pueden apoyar la idea de un trastorno depresivo-ansioso en la dimensión de la personalidad (Mineka & Gilboa, 1998) y que tal dimensión pueda predisponer a estar preocupado sobre las propias acciones y las críticas de los padres. Del mismo modo, otro estudio que examinó el modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (Costa & McCrae, 1985) en la distimia y el TDPE (Huprich, 2000), halló puntuaciones más elevadas en la distimia en consciencia de sí mismo, neuroticismo (N), enfado/hostilidad, depresión, y significativamente más bajas en gregarismo, apertura, agradabilidad y las emociones positivas. Por tanto, la personalidad depresiva podría complicar el curso de la distimia teniendo en cuenta la elevada comorbilidad entre ambos trastornos y la mayor gravedad del rasgo en el TDPE.

En el DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) se ha introducido el modelo de rasgos. En la nueva versión se elimina el TDPE del apéndice B y aparece el Modelo Alternativo de la Personalidad (sección III). Este Modelo Alternativo está basado en 5 grandes dominios de rasgo (afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo) y 25 facetas de rasgos (5 facetas en cada dominio de rasgo). Se especifican 6 trastornos de personalidad definidos (personalidad antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica) en función del deterioro

moderado-grave del funcionamiento y los dominios de rasgos patológicos de la personalidad o facetas específicas de rasgo dentro de cada dominio. El TDPE se define en esta nueva edición del DSM como trastorno de la personalidad especificada por rasgos en los dominios de afecto negativo, desapego y antagonismo. En estos dominios podemos especificar las facetas, tales como ansiedad, inseguridad de separación, hostilidad, perseverancia, depresión, anhedonia, distraibilidad y perfeccionismo rígido, que podrían aproximarse a lo que anteriormente se conocía TDPE.

Por último, los síntomas depresivos también pueden aparecer en los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia o el trastorno delirante). No se establece un diagnóstico independiente de distimia si los síntomas se presentan en el curso de un trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

1.1.6. Curso y pronóstico de la distimia

La distimia es un trastorno caracterizado por su cronicidad, circunstancia que influye de forma sustancial en el curso y en el pronóstico de la enfermedad depresiva. Tal y como indican Hung, Liu y Yang (2019) en un estudio de seguimiento de 10 años con pacientes con TDM y TDP, en los pacientes con TDP, la cronicidad empeora la gravedad de la sintomatología depresiva, ansiosa y somática, e implica una mayor duración del tratamiento farmacológico.

En la distimia en relación al EDM, el inicio suele ser temprano e insidioso (p.ej., en la niñez, adolescencia o inicio de la edad adulta) (Haykal & Akiskal, 1999; Markowitz et al., 1992), suele complicarse con depresión mayor (Hayden & Klein, 2001), trastornos comórbidos de la personalidad y abuso de sustancias (*Asociación Americana de Psiquiatría*, 2013). Del mismo modo, las personas con distimia suelen tener mayor comorbilidad psiquiátrica, más intentos de suicidio y hospitalizaciones (Hayden & Klein, 2001; Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011; Klein & Kotov, 2016; Kriston,

Introducción: Conceptualización de la distimia

von Wolff, & Hölzel, 2010). En la distimia hay mayor resistencia al tratamiento, tanto farmacológico como psicoterapéutico (Cuijpers, Huibers, & Furukawa, 2017; Howland, 2004; Kocsis, 2003; Markowitz et al., 1995; Schulberg, Katon, Simon, & Rush, 1999), mayor deterioro residual en el funcionamiento social (Hellerstein et al., 2017) y un mayor aumento en los servicios de atención médica (Kriston et al., 2010).

En referencia a la intervención, solamente un 40% de las personas con diagnóstico de distimia reciben asistencia desde el inicio del trastorno (Angst, Gamma, Rössler, Ajdacic, & Klein, 2009; Wang et al., 2005). Esto significa que muchas personas que no buscan tratamiento de inmediato (dentro de los 12 meses) obtienen ayuda profesional al menos en una etapa posterior. Sin embargo, la demora en la ayuda inicial es sustancial y tiene un impacto perjudicial sobre el bienestar, el funcionamiento de los pacientes y en la carga mundial de morbilidad (Whiteford et al., 2013). De hecho, algunas investigaciones concluyen que la probabilidad de recuperación de los pacientes con distimia se incrementa lentamente durante los primeros 35 meses y después se estabiliza (Klein et al., 2000).

Diferentes investigaciones sobre el curso del trastorno distímico concluyen que la enfermedad depresiva empeora la calidad de vida de la persona, provocando pérdida de funcionalidad en actividades de la vida diaria, escaso soporte social y pobre ajuste marital, así como mayor sensibilidad al estrés (Rashed, Kamel, Hassan, & Mahfouz, 2001; Subodh, Avasthi, & Chakrabarti, 2008).

1.2. Aspectos clínicos de la distimia

1.2.1. Subtipos de distimia

La cuestión de si las afecciones depresivas crónicas de bajo grado, particularmente las que comienzan en la niñez o la adolescencia (distimia de inicio temprano), se conceptualizan mejor como formas de trastornos del humor o de la personalidad, ha sido objeto de controversia durante mucho tiempo (Akiskal, 1983; Klein et al., 1995; Kocsis & Frances, 1987).

En 1983, Akiskal realiza una clasificación de la distimia intentando resolver la controversia sobre si es una entidad homogénea e incluso dimensional o está, más bien, constituida por subgrupos heterogéneos (Akiskal, 1983). Akiskal (1983) propone una entidad llamada depresión caracterológica, con dos subgrupos, según si los síntomas se encuentren más próximos al humor o a los trastornos de la personalidad. Así, habría un perfil de distimia subafectivo que sería una forma sub-sindrómica del TDM, con respuesta positiva a los antidepresivos tricíclicos y otra con perfil del espectro del carácter que sería una forma de trastorno de la personalidad con disforia secundaria. En su clasificación de las depresiones caracterológicas, se describen diferencias en el inicio, curso, pronóstico, antecedentes familiares, características clínicas, de personalidad y biológicas (Akiskal, 1983; Akiskal et al., 1980). Así:

- Distimia sub-afectiva. Comienzo: a pesar de compartir el inicio de sus padecimientos en la adolescencia e incluso en la infancia, podían rastrearse episodios definidos de trastorno emocional que de algún modo marcaban el comienzo de sus problemas (inicio más definido). Género: igual número de hombres que de mujeres. Historia familiar: la enfermedad aparece en familias con tasas más altas de trastornos bipolares y depresivos, pero una tasa más baja de alcoholismo en familiares de primer grado.

Introducción: Aspectos clínicos de la distimia

Personalidad: afecta a individuos obsesivos, introvertidos, con mayor número de síntomas melancólicos y rasgos de personalidad depresivos (mayor estabilidad de la personalidad). Curso: suelen existir episodios depresivos mayores (curso intermitente). Social: tienen un pronóstico social más favorable. Latencia REM: presentan una disminución de latencias de movimientos rápidos de ojos (REM) (latencia REM corta). Sueño: hipersomnia. Medicación: suelen responder favorablemente a los antidepresivos, pueden presentar hipomanías en respuesta al psicofármaco.

- Distimia del espectro de carácter: Comienzo: inicio temprano e insidioso de los síntomas. Género: mayor número de mujeres que de hombres. Historia familiar: alcoholismo en familiares de primer grado. Personalidad: mayor inestabilidad de la personalidad. Curso: las remisiones eran casi desconocidas y las respuestas a las intervenciones psicoterapéuticas muy limitadas (curso continuo). Social: pronóstico social desfavorable (dificultades interpersonales, abuso de alcohol y consumo de drogas). Latencia REM: normal. Sueño: insomnio. Medicación: no hipomanía farmacológica.

Akiskal aboga por que las distimias sean consideradas variantes de un síndrome afectivo mayor (Akiskal, 2001), siguiendo las consideraciones precursoras de la psiquiatría clásica de Kraepelin (1921) y Schneider (1958). Kraepelin, sin utilizar la denominación de distimia, considera una “disposición depresiva a lo largo de la vida” como uno de los precursores de episodios afectivos. Por su parte Schneider habla del segundo de los tipos como gran sufrimiento depresivo en ausencia de más signos objetivos de depresión, denominando a esta entidad depresiones caracteriales (Akiskal et al., 1980). Judd et al. (1998) mostraron, en un estudio prospectivo de 12 años, que pacientes con TDM pasaron el 44% de su curso clínico bajo episodios depresivos de

baja intensidad y que solo el 15% del tiempo eran episodios mayores. Para Akiskal (1994) este resultado sugiere que la depresión mayor, la distimia y las depresiones sub-sindrómicas más breves constituyen convenciones artificiales que representarían manifestaciones alternativas de la misma diátesis. Así, para este autor, condiciones depresivas “mayor” y “menor” no deberían ser vistas como subtipos depresivos distintos, sino como parte de un mismo continuo sintomático.

La tipología de Akiskal ha sido confirmada parcialmente por Anderson et al. (1996). Estos autores obtienen datos consistentes con el modelo de Akiskal, en el que el tipo sub-afectivo mostró más altas tasas de depresión mayor, síntomas depresivos, así como un número de síntomas cognitivos y de personalidad depresiva. Igualmente encontraron mayores tasas de alcoholismo entre parientes de pacientes con distimia del espectro de carácter. Sin embargo, contrario al modelo de Akiskal, los grupos no diferían en género, trastornos de la personalidad inestable o historia familiar de trastornos del ánimo.

Como se mencionó anteriormente, tanto el DSM-III-R como el DSM-IV, distinguen dos tipos de distimia: distimia de comienzo temprano y distimia de comienzo tardío. La idea de esta distinción se sostiene desde los datos que parecen indicar que la de inicio temprano es un grupo más homogéneo que el tardío (Keller & Wunder, 1992).

1.2.2. Distimia y sintomatología

Con la finalidad de dar respuesta a la elevada heterogeneidad del diagnóstico han sido realizados por varios autores análisis sintomáticos en la distimia. Ya en el año 1995, Keller y colaboradores indicaron la prevalencia más alta de síntomas cognitivo-emocionales que los neurovegetativos en 193 pacientes con distimia, registrando un 84% de la muestra con baja autoestima, un 70% con anhedonia, fatigabilidad e irritabilidad, y una pobre concentración en más del 60% de los casos. En el estudio de Serretti et al. (1999) con pacientes con distimia se obtuvieron dos grupos, uno

caracterizado por síntomas somáticos y otro por síntomas psicológicos o cognitivos. Éste último grupo implica funciones en el eje emocional-cognitivo y motivacional-social como la baja autoestima, el pesimismo, los sentimientos de inadecuación, la desesperanza, la pobre concentración y la incapacidad para tomar decisiones. Estos síntomas podrían estar asociados a rasgos de personalidad depresiva. El otro grupo con síntomas somáticos se caracteriza por escaso o exceso apetito, insomnio o hipersomnia y baja energía o fatiga, siendo más comunes en la formas más severas de depresión.

Por su parte, Niculescu y Akiskal (2001) identificaron dos tipos de distimias con distintas manifestaciones clínicas y con diferentes marchadores biológicos. El tipo “distimia ansiosa”, cursaba con baja auto-confianza, autoestima, pérdida de eficacia y mayor número de traumas en la infancia, así como con más sensibilidad interpersonal. Por otro lado, la “distimia con anergia” se caracteriza por pérdida de energía, anhedonia, más distorsiones del pensamiento y frecuencia de suicidio.

1.2.3. Modelos dimensionales de personalidad en depresión.

La personalidad o las variables disposicionales del comportamiento han sido registradas desde hace décadas desde diferentes perspectivas. El uso de herramientas de evaluación de la personalidad basadas en el modelo de rasgos normales implica algunas dificultades en la discriminación entre trastornos. Por ejemplo, el N es una medida general en psicopatología que aparece más alta en diversos trastornos (Ormel, Rosmalen, & Farmer, 2004).

Modelos como el de los Siete Factores (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993), los Tres Grandes (Clark & Watson, 1999; Markon, Krueger, & Watson, 2005) y los Cinco Grandes (Costa & McCrae, 1985) son medidas de la personalidad normal desarrollada a través de una combinación de métodos racionales y empíricos. Estos modelos asocian

trastornos de la personalidad con la taxonomía de rasgos de personalidad normales. Sin embargo, otros tipos de escalas, es decir, aquellas diseñadas específicamente para evaluar la patología de la personalidad, ofrecen algunas ventajas predictivas en relación con las basadas en las dimensiones de la normalidad. Instrumentos como el Procedimiento de Evaluación de Shedler-Westen (Westen & Shedler, 2007) y la Valoración Dimensional de Personalidad Patológica (*Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*, DAPP-BQ; Livesley, Jackson, & Schroeder, 1992) se han desarrollado sobre la base de los términos utilizados para describir los trastornos de la personalidad (Livesley et al., 1992).

A pesar de la importancia de los rasgos de personalidad patológicos en los trastornos depresivos crónicos, hasta la fecha, son escasos los estudios con modelos de patología de la personalidad. La Valoración Dimensional de Personalidad Patológica (DAPP-BQ) de Livesley et al. (1992), basada en conceptos clínicos, se desarrolló empíricamente tras un exhaustivo y laborioso proceso de consenso entre especialistas en numerosas orientaciones clínicas en el campo de los trastornos de la personalidad. Estos autores propusieron un modelo dimensional (DAPP-BQ) catalogado como genético-conductual, ya que testa los mecanismos de la personalidad operativizando conductas según los mecanismos ambiente/familia y genética/temperamento. Mediante estudios de gemelos monozigóticos y dizigóticos se describió de manera detallada la magnitud de la influencia genética de las dimensiones de personalidad (Jang, Livesley, & Vemon, 1996). En el modelo de Livesley, los dominios (desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad) se asemejan a los Cuatro As, que corresponden a los grupos asténico, antisocial, asocial y anancástico, como constructos que subyacen a los trastornos de la personalidad (O'Connor, 2005).

Este modelo de la personalidad dispone, en la actualidad, de importantes repercusiones

en la explicación de los trastornos de la personalidad o caracteriales graves. Al contrario que otros modelos dimensionales, el paradigma de Livesley no implica que una posición extrema sobre una dimensión de su instrumento necesariamente conlleve un trastorno. En este sentido, considera que la patología de la personalidad, además de ser una variación de personalidad extrema, debe asociarse con el fallo o fracaso para ocuparse de tareas vitales universales como la identidad, el apego, la intimidad o la afiliación. De este modo la patología de la personalidad es conceptualizada como: 1) un fracaso para establecer representaciones estables e integradas del yo y de los otros; b) una disfunción interpersonal, como indica el fracaso para desarrollar la capacidad para la intimidad, funcionar adaptativamente como una figura de apego y/o establecer la capacidad para las relaciones afiliativas; y c) fallo para convivir adaptativamente en el grupo social, como las que implican tener dificultades para desarrollar la capacidad de conductas prosociales y/o relaciones cooperativas (Livesley & Jang, 2005; Livesley, Jang, & Vernon, 1998).

1.2.4. Etiología de la distimia

La etiología del trastorno distímico es compleja y multifactorial, incluyendo mecanismos biológicos, psicológicos y sociales (Leader & Klein, 1996; Moch, 2011). Actualmente hay varias hipótesis que tratan de explicar las causas subyacentes de este trastorno. La teoría psicodinámica postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de la agresividad, rabia y culpa (tabla 6). Los enfoques conductuales de los trastornos depresivos se basan en las teorías del aprendizaje, postulando que la depresión es causada por una pérdida generalizada de refuerzo positivo contingente y/o pérdida de la efectividad de los reforzadores (tabla 7). Las teorías cognitivas de los trastornos depresivos se basan en el supuesto básico de que ciertos procesos cognitivos (tales

Introducción: Aspectos clínicos de la distimia

como los sesgos en el procesamiento de la información y la pérdida percibida de control), influyen en el inicio, el curso y/o la remisión de la depresión (tabla 8). Las teorías interpersonales postulan la importancia de los factores sociales y familiares en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión (tabla 9). Las teorías genéticas hacen referencia a factores genéticos relacionados con la etiología de la depresión (tabla 10). Las teorías fisiológicas hacen referencia a factores bioquímicos, neuroendocrinológicos y neuroanatómicos (tabla 11).

Tabla 6. Teorías etiológicas según el modelo psicodinámico

Freud (1917)	Constituyó el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión, diferenciando las reacciones depresivas normales (melancolía) de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido.
Abraham (1924)	Influido por la teoría del desarrollo psicosexual de Freud (1985), fue el primero en articular una teoría psicodinámica sobre la depresión basada en la gratificación oral (actos de chupar, comer, besar, etc.) y la internalización del instinto agresivo, frente situaciones de frustración asociadas a los objetos de sus deseos libidinales.
Teorías psicodinámicas posteriores (Bleichmar, 1998; Fedida, 2001)	Siguen postulando la pérdida del objeto amado como factor clave de la depresión. Afirman que la pérdida, ya sea por separación, muerte o rechazo, son factores de vulnerabilidad al rechazo, la crítica y el abandono (factor de diátesis a la depresión).

Tabla 7. Teorías etiológicas según el modelo conductual

Ferster (1967)	Fue uno de los primeros psicólogos en estudiar la depresión desde un enfoque clínico-experimental. Hay 4 procesos aislados o en combinación que pueden explicar la patología depresiva: a) Pérdida inesperada y/o repentina de una fuente generalizada de reforzamiento positivo (p.ej., ruptura de pareja); 2) programas de refuerzo de gran coste que requieran grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio (p.ej., estudiar una oposición); 3) surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una disminución de conductas y por tanto reducción de refuerzos positivos; 4) repertorios de observación limitados que llevan a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas difícilmente reforzadas.
-----------------------	---

Introducción: Aspectos clínicos de la distimia

Tabla 7. Teorías etiológicas según el modelo conductual (continuación)

Lewinsohn, Biglan, & Zeiss (1976)	Los síntomas depresivos (tales como la baja autoestima, desesperanza) serían la consecuencia de la falta de refuerzo positivo contingente a la conducta. Lewinsohn señala ciertos factores mantenedores de la depresión a corto (refuerzo social positivo) y a largo plazo (las personas próximas al deprimido empiezan a cansarse de su conducta y se alejan de él).
Costello (1972)	Refiere que el rasgo más distintivo de las personas deprimidas es la pérdida de interés por el medio debido a la baja efectividad de los reforzadores.

Tabla 8. Teorías etiológicas según el modelo cognitivo

Teorías del procesamiento de la información	<p>A- Teoría de Beck (1967): El abatimiento depresivo es la consecuencia del modo como se concibe uno a sí mismo, a su futuro y al mundo en general, de acuerdo con una visión negativa que le haría distorsionar el feedback de su entorno. Los esquemas depresógenos son el factor principal de vulnerabilidad a la depresión, activándose ante situaciones estresantes.</p> <p>B- La hipótesis de la activación diferencial de Teasdale (1988): Postula que cada emoción está representada en una unidad o nodo específico asociado a dicha experiencia subjetiva. La depresión acontece con la activación de nodos cognitivos relacionados con la evaluación global negativa de uno mismo o la interpretación de la experiencia como muy aversiva e incontrolable.</p>
Teorías cognitiva-sociales	<p>A- La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975): Refieren que la pérdida percibida de control o expectativa de incontrolabilidad es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos. Tal expectativa puede ser fruto de una historia de fracasos en el manejo de situaciones y/o una historia de reforzamientos no contingentes que no hayan permitido que el sujeto aprenda aptitudes necesarias para controlar el medio.</p> <p>B- Teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson y Seligman (1978): Hace referencia a la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitivo a la depresión, refiriéndose a la tendencia a atribuir sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales (estilo de atribución depresógeno).</p> <p>C- Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989): La depresión por desesperanza se refiere a la expectativa negativa acerca de un suceso valorado como muy importante unido a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar dicho suceso.</p>

Introducción: Aspectos clínicos de la distimia

Tabla 8. Teorías etiológicas según el modelo cognitivo (continuación)

<p>Teorías conductuales cognitivas</p>	<p>A- La teoría del autocontrol de Rehm (1977): Se concibe como un modelo de diátesis-estrés, en el que un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar la depresión.</p> <p>B- La teoría de la autofocalización de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985): Se asume desde esta teoría que la aparición de un episodio depresivo empieza con la aparición de un suceso estresante que interrumpe importantes patrones adaptativos de conducta del individuo. De este modo, el sujeto no es capaz de desarrollar otros patrones conductuales que reemplazan a los anteriores, el estado elevado de autoconciencia produce alteraciones cognitivas y se intensifican las reacciones emocionales negativas.</p>
---	---

Tabla 9. Teorías etiológicas según el modelo interpersonal

<p>Coyne (1976)</p>	<p>La depresión es una respuesta a la ruptura de relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social. La respuesta negativa de las personas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos.</p>
<p>Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron (1984)</p>	<p>Identifican 4 áreas problemas capaces de desencadenar depresión: 1) los duelos patológicos; 2) disputas de rol interpersonal, 3) situación vital de transición de rol; y 4) dificultades para iniciar y mantener relaciones interpersonales.</p>

Tabla 10. Teorías etiológicas según el modelo genético

<p>Kronfol & Remick (2000)</p>	<p>Polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5- HTT) modula la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Otros aspectos descritos a nivel genético son las alteraciones en los niveles séricos de citosinas.</p>
<p>Fertuzinhos et al. (2004)</p>	<p>Polimorfismos en la interleucina 1 (IL-1).</p>
<p>Sen, Duman, & Sanacora (2008)</p>	<p>Niveles séricos incrementados.</p>
<p>Yoshimura et al. (2010)</p>	<p>Disfunción en los monocitos.</p>

Tabla 11. Teorías etiológicas según el modelo fisiológico

Bioquímica (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2008; Sadek, 2000).	La hipótesis aminérgica sostiene que los trastornos depresivos son causados por una deficiencia en los niveles de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el sistema nervioso central o en la neurotransmisión de alguno de ellos.
Neuroendocrinología (Griffiths et al., 2000).	La naturaleza crónica de la distimia puede estar asociada con cambios funcionales o actividad persistente del sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que junto con la alteración de factores psicosociales típicos de la distimia pueden promover la recaída después del tratamiento e incrementar el riesgo de depresión doble.
Neuroanatomía (Airaksinen, Larsson, Lundberg, & Forsell, 2004; Akiskal et al., 1983; Fitzgerald et al., 2006; Maeda, Keenan, & Pascual-Leone, 2000).	Estudios de neuroimagen demuestran que los pacientes deprimidos presentan anomalías volumétricas en el hipocampo o regiones subcorticales (particularmente límbicas), también se hallan asimetrías inter-hemisféricas particularmente en la zona prefrontal dorsolateral y alteraciones en la activación de la corteza prefrontal dorsolateral.

1.2.5. Factores de vulnerabilidad y pronóstico

Existen factores del desarrollo, de personalidad, psicosociales, de comorbilidad, cognitivos, genéticos y fisiológicos, que son variables de riesgo y mal pronóstico en el trastorno distímico. Así:

1. Factores del desarrollo: La distimia es un trastorno en el que los factores ambientales y del desarrollo adquieren relevancia en la configuración del cuadro clínico. Existen evidencias de que la historia de trauma infantil (negligencia emocional y psicológica, abuso físico y sexual) está asociada con el desarrollo de la depresión crónica (Bifulco, Moran, Baines, Bunn, & Stanford, 2002; Spinhoven et al., 2010; Wiersma et al., 2011).
2. Factores de personalidad: Los rasgos de personalidad tienen influencia en la edad de inicio y en la cronicidad del trastorno depresivo (Huprich et al., 2008). Concretamente mayores niveles de emocionalidad negativa (EN) se asocian con el

Introducción: Aspectos clínicos de la distimia

desarrollo de un trastorno afectivo a una edad temprana (Huprich et al., 2008), peor funcionamiento global, mayor gravedad de los síntomas y mayor presencia de trastornos de ansiedad y de conducta (*American Psychiatric Association*, 2013). Personas deprimidas con menor emocionalidad positiva (EP) tenían mayor riesgo de tener un curso crónico de la enfermedad depresiva (Robison, Shankman, & McFarland, 2009).

3. Estresores psicosociales: Varios estudios son consistentes con el rol de los eventos vitales y los estresores psicosociales, y su efecto en la cronicidad de la depresión. El estrés crónico es uno de los predictores más importantes de fracaso en la recuperación a los 5 años de seguimiento en pacientes con distimia (Hayden & Klein, 2001). El trastorno se relaciona más con los estresores crónicos (problemas cotidianos, enfermedad de la pareja, pérdida de los padres, etc.), en comparación con lo que ocurre en la depresión mayor episódica (*American Psychiatric Association*, 2013; Ravindran, Griffiths, Merali, & Anisman, 1996).
4. Trastornos comórbidos: La distimia se asocia con una gran variedad de trastornos psiquiátricos y médicos, tales como el TDM, la ansiedad, el abuso de sustancias (Griffiths et al., 2000), la personalidad depresiva (Huprich, 2001; Ryder, Bagby, & Dion, 2001), otros trastornos de la personalidad (límite, dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo) (Bagby, Ryder, & Schuller, 2003; McDermut, Zimmerman, & Chelminski, 2003), sintomatología obsesiva (Chappa, 1985) así como con una variedad de condiciones médicas (dolor, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y accidentes cerebrovasculares (Akiskal, King, Rosenthal, Robinson, & Scott-Strauss, 1981; Howland, 1993; Wells, Burnam, Rogers, Hays, & Camp, 1992).

5. Factores cognitivos: Los pacientes con distimia tienen un estilo atribucional más disfuncional, caracterizado por un *locus* de control externo y más estrategias de afrontamiento basadas en la emoción, en comparación con pacientes depresivos no crónicos (Klein, Taylor, Harding, & Dickstein, 1988; McCullough et al., 2000).
6. Factores genéticos y fisiológicos: Se ha descrito herencia poligénica en la distimia, sin haberse distinguido un patrón específico a nivel genético (Guadarrama et al., 2008; Krishnan & Nestler, 2008). Se han determinado varias zonas del cerebro como el *córtex* prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala y el hipocampo (*American Psychiatric Association*, 2013).

1.2.6. Antecedentes familiares

Los estudios muestran una estrecha relación entre la distimia y los antecedentes familiares de trastorno afectivo. Tal como indica el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994), el trastorno es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con TDM que entre la población general. Los estudios longitudinales, demuestran también mayor presencia de distimia en aquellos pacientes con antecedentes familiares de trastorno afectivo, especialmente en la distimia de inicio temprano (Klein et al., 1988).

La historia de adversidad temprana y psicopatología familiar (tal como trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y de alimentación) son factores asociados con el desarrollo del trastorno distímico. Concretamente, Hayden y Klein (2001) concluyen que la distimia en relación a la depresión mayor, se caracteriza por mayor tasa de historia familiar de distimia, mayor adversidad en la infancia y mayor comorbilidad con el eje II. Los antecedentes familiares de trastorno bipolar, se han asociado a mayor probabilidad de recuperación en la distimia, a diferencia de cuando se tienen trastornos

Introducción: Aspectos clínicos de la distimia

de ansiedad y personalidad depresiva (Hayden & Klein, 2001).

La mayoría de estudios dan soporte a la asociación entre la adversidad infantil y la cronicidad de la depresión (Brown & Moran, 1994; Durbin, Klein, & Schwartz, 2000).

Así pues, la presencia en la historia personal de acontecimientos vitales negativos está en estrecha relación con la aparición del trastorno distímico (McCullough et al., 1994).

Tal como demuestra Ravindran et al. (1996) en un estudio con niños y adolescentes con depresión, en la mayoría de ellos se hallan acontecimientos estresantes agudos en el año previo al inicio del cuadro (p. ej., el divorcio o la muerte de los padres, abandono, falta de apoyo o la mayor exposición a situaciones de estrés).

1.3. Antecedentes de maltrato en la infancia y psicopatología

El trauma entendido como término relacional es un concepto que conecta una ocurrencia externa con unas consecuencias específicas para una realidad psíquica interna (Bohleber, 2010; Neuhäuser, Fischer, & Riedesser, 2001). Dicha amenaza puede producir un “cambio duradero en la organización psíquica” de la persona (Cooper, 1986), pudiendo tener consecuencias devastadoras en el funcionamiento y desarrollo adulto (Egeland, 2009; Wekerle et al., 2001).

El maltrato es la acción agresiva en el marco de una relación que conecta con el efecto del trauma pudiéndose hallar en muchos casos una relación de causalidad entre ambos. Según algunas clasificaciones, el maltrato está comprendido por la negligencia física, negligencia emocional, abuso emocional, sexual y físico (Jaffee, 2017; Liu, Jager-Hyman, Wagner, Alloy, & Gibb, 2012; Rehan, Antfolk, Johansson, Jern, & Santtila, 2017) (tabla 12).

Tabla 12. Tipología del trauma según diversos autores

Tipos de trauma
La negligencia física se refiere al incumplimiento de necesidades físicas básicas como comida, vestimenta, higiene, refugio y seguridad.
La negligencia emocional se refiere a la falta de sostén y apoyo, así como a la provisión deficiente de necesidades emocionales, como el amor y la pertenencia.
El abuso emocional significa lastimar a otra persona a través del insulto, la humillación, las amenazas y el rechazo.
El abuso físico se refiere al daño causado por un cuidador o por alguien que tiene la responsabilidad del niño, que resulta en una agresión física no accidental.
El abuso sexual corresponde a cualquier contacto sexual, incluida la coerción entre un niño y un adulto.

La investigación en las últimas décadas ha demostrado un fuerte vínculo entre las experiencias adversas o incluso traumáticas y los trastornos mentales en la infancia, adolescencia y edad adulta. Así pues, evidencias de la investigación animal y humana muestran que los efectos del trauma infantil pueden ser graves y duraderos, afectando a la emoción, la cognición y el comportamiento en la vida adulta (Meaney, 2001; Oitzl, Workel, Fluttert, Frösch, & Ronde Kloet, 2000). Diversos estudios también refieren que las necesidades emocionales insatisfechas subyacen al desarrollo de la psicopatología y los trastornos psicológicos crónicos (Klein et al., 2009; McEwen, 2003; Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

El trauma en la infancia puede implicar una vía etiológica en el desarrollo de diversidad de trastornos. Tal y como concluyeron Subic-Wrana et al. (2011), los antecedentes de trauma infantil son significativamente mayores en los trastornos mentales. Estos autores analizaron la relación específica de tipos de trauma y frecuencias de diagnósticos en una muestra clínica general y encontraron una asociación entre abuso emocional y depresión y trastornos de la personalidad, y una asociación de abuso físico con trastornos somatoformes. El abuso sexual se asoció con el ajuste y los trastornos de estrés postraumático. En el estudio de Gibb, Butler y Beck (2003) con pacientes ambulatorios psiquiátricos, informaron que la historia de abuso emocional era un mejor predictor de síntomas y diagnóstico de depresión, mientras que la historia de abuso físico era un mejor predictor de síntomas y diagnóstico de ansiedad (Gibb, Chelminski, & Zimmerman, 2007; Gibb et al., 2003). En otros estudios, el abuso físico se relaciona con el comportamiento agresivo y violento (Briere & Runtz, 1990) y el abuso emocional y el abandono se asocian especialmente con las dificultades de regulación de las emociones (Carvalho Fernando et al., 2014; Riggs, 2010). En el estudio de Gong y Chan (2018) el abuso emocional tuvo el efecto general más fuerte de los 5 tipos de

maltrato en la angustia psicológica, seguido por la negligencia emocional, negligencia física, abuso sexual y abuso físico. Asimismo, el abuso emocional está más fuertemente asociado con la internalización de síntomas y el desarrollo de la depresión que el abuso físico o sexual (Alloy et al., 2006; Gibb et al., 2003; Lumley & Harkness, 2007; Shapero et al., 2014).

Se concluye de las diferentes investigaciones, que sintomatología clínica asociada a los antecedentes de maltrato infantil es compleja y heterogénea, aumentando el riesgo de trastornos externalizantes e internalizantes (tabla 13).

Tabla 13. Estudios de psicopatología asociada a los trastornos externalizantes e internalizantes en la infancia y adolescencia, asociados al maltrato

Infancia y adolescencia	
Trastornos externalizantes	<p>A- Déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante (Cohen, Brown, & Smailes, 2001; Famularo, Kinscherff, & Fenton, 1992).</p> <p>B- Delincuencia (Lansford et al., 2007; Stouthamer-Loeber, Loeber, Homish, & Wei, 2001; Williams, van Dorn, Bright, Jonson-Reid, & von Nebbitt, 2010).</p> <p>C- Conducta antisocial (Jaffee, Caspi, Moffitt, & Taylor, 2004; Jonson-Reid et al., 2010; Lansford et al., 2002; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Moylan et al., 2010).</p>
Trastornos internalizantes	<p>A. Trastorno depresivo mayor (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999). Trastornos de ansiedad (Cohen et al., 2001).</p> <p>B. Trastornos de estrés postraumático y síntomas de trauma (Crusto et al., 2010; Famularo et al., 1992; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010; Putnam, Helmers, Horowitz, & Trickett, 1995).</p> <p>C. Mayor riesgo de suicidio (Brown et al., 1999; Thornberry, Henry, Ireland, & Smith, 2010).</p> <p>D. Tasas más elevadas de autolesión (Yates, Carlson, & Egeland, 2008).</p> <p>E. Síntomas psicóticos en la adolescencia temprana (Arseneault et al., 2011).</p>

En pacientes adultos los antecedentes de maltrato en la infancia se asocian a mayor riesgo de trastorno por estrés postraumático (Breslau et al., 2014; Scott, Smith, & Ellis, 2010), trastornos de la personalidad del grupo B (dramático, emocional o errático) y C (ansioso-temerosos) (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999), depresión, ansiedad, abuso de alcohol (Liu et al., 2012; Norman et al., 2012; Rehan et al., 2017), trastorno psicótico, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y síntomas psicóticos (Varese et al., 2012).

No todas las personas con maltrato infantil desarrollan psicopatología en la edad adulta. En el estudio de Jaffee (2017) se estima que el 12-22% de las personas maltratadas tienen un buen ajuste vital a pesar de haber experimentado maltrato en la infancia. Los investigadores han propuesto múltiples mecanismos mediadores y moderadores. Entre los mecanismos mediadores, definidos como aquellos que aumentan el riesgo de psicopatología, hallamos seis fenómenos asociados con la historia de maltrato:

- La hipervigilancia a la amenaza. Se trata de un sesgo de atención hacia amenazas relativamente leves. Algunos estudios muestran que los niños maltratados físicamente son más sensibles a las señales de ira (Pollak & Tolley-Schell, 2003). Los adultos con trauma en la infancia muestran atención parcial a las caras enojadas, pero no a las tristes o felices (Gibb, Schofield, & Coles, 2009). Estos resultados explicarían parcialmente el riesgo de ansiedad y agresión (Dodge, Pettit, Bates, & Valente, 1995; Gulley, Oppenheimer, & Hankin, 2014; Jaffee, 2017). Sin embargo, los hallazgos sobre el sesgo atencional no son consistentes en todas las investigaciones. Así, en el estudio de Fani, Bradley-Davino, Ressler y McClure-Tone (2011) los pacientes con antecedentes de abuso mostraron un mayor sesgo hacia caras felices.

Introducción: Maltrato en la infancia y psicopatología

- La regulación de emociones. Es un conjunto de procesos psicológicos y fisiológicos interrelacionados que permiten a los individuos modular los sentimientos, los comportamientos y las respuestas fisiológicas a los eventos que provocan emociones (Gross, 1998). Las estrategias de regulación de las emociones se aprenden a través de interacciones con los padres y otros adultos que son fuente de apoyo (Bariola, Gullone, & Hughes, 2011; Gross, 1998; Parke, 1994). Las dificultades en la regulación emocional se asocian con padres que invalidan o rechazan la expresión apropiada de las emociones (Linehan, 1993b) y modelan formas atípicas de respuesta emocional (Shackman et al., 2010; Shipman et al., 2007; Wagner et al., 2015). Diferentes investigaciones concluyen que la regulación emocional disfuncional aumenta el riesgo de rechazo social y conductas problemáticas (Kim & Cicchetti, 2010; Miller et al., 2005).
- Modelos operativos internos-esquemas. El abuso y la crianza negativa durante la niñez fomenta el desarrollo de un conjunto rígido y duradero de creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que son altamente resistentes al cambio y un factor de vulnerabilidad a la depresión (Beck, Hollon, Young, Bedrosian, & Budenz, 1985; Beck, 1976; Lara & Klein, 1999; Rose & Abramson, 1992). Abundantes pruebas demuestran la relación entre los esquemas y diversos trastornos como la depresión, la ansiedad social, los trastornos de personalidad y de la alimentación (Calvete & Orue, 2008; Calvete, Orue, & Hankin, 2013; Gibb, Abramson, & Alloy, 2004; Hinrichsen, Waller, & Emanuelli, 2004; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006; Reeves & Taylor, 2007; Riso et al., 2006).

Introducción: Maltrato en la infancia y psicopatología

- Respuesta reducida a la recompensa. Los niños y adultos con historias de maltrato tienden a ser menos receptivos a la recompensa y a la anticipación de la recompensa (Dillon et al., 2009; Guyer et al., 2006). Este déficit implica diferencias en la activación del circuito neuronal (circuito dopaminérgico mesolíptico que se proyecta hacia los ganglios basales), aumentando el riesgo de depresión en la adultez (Berridge & Robinson, 2003; Pechtel & Pizzagalli, 2013). En el estudio de Hanson, Hariri y Williamson (2015), la menor actividad del estriado ventral en respuesta a la recompensa mediaba la relación entre los antecedentes de abandono emocional en la infancia y la depresión en la adolescencia.
- Interpersonales. Son estilos relacionales depresógenos que median la relación entre las experiencias de abuso y los síntomas depresivos, tal como el apego inseguro (Hankin, Kassel, & Abela, 2005), las dificultades en el funcionamiento interpersonal (Huh, Kim, Yu, & Chae, 2014), la sensibilidad al rechazo social (Massing-Schaffer, Liu, Kraines, Choi, & Alloy, 2015), el estrés en la vida adulta (Korkeila et al., 2010) y el abuso interpersonal durante la adultez (Salwen, Hymowitz, Vivian, & O'Leary, 2014).
- Personalidad. Los rasgos de personalidad asociados de manera consistente con el trauma infantil son el N (un rasgo de personalidad que refleja inestabilidad, vulnerabilidad al estrés, ansiedad o propensión a la ansiedad) (Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004; Lysaker, Meyer, Evans, Clements, & Marks, 2001) y la baja extraversión (E) (Epkins & Heckler, 2011). Otros rasgos, tal como perfeccionismo, autocrítica, dependencia, y preocupación por los errores median la relación entre los estilos de crianza y la depresión adulta (Blatt, 1974; Blatt & Homann, 1992; Enns, Cox, & Larsen, 2000).

Los factores moderadores del maltrato pueden definirse como los factores que aumentan el riesgo de psicopatología o como los factores que promueven las competencias de la persona. Se hallan cuatro tipos de moderadores de maltrato:

- **Diátesis-Estrés.** Algunos estudios han demostrado cómo la gravedad del maltrato o la combinación de diferentes tipos de abuso aumenta el riesgo de aparición de psicopatología (ansiedad, depresión, abuso de alcohol, etc...). Estos factores se asocian a mayor gravedad de síntomas de ansiedad y depresión lo que confiere una mayor probabilidad de deterioro en la edad adulta (Bifulco et al., 2002; Gamble et al., 2006; Glover et al., 2010; Hovens et al., 2010; Schwandt, Heilig, Hommer, George, & Ramchandani, 2013; Van Veen et al., 2013). Otro factor asociado al aumento del riesgo es la cronicidad del maltrato (Jaffee & Maikovich-Fong, 2011) y la exposición posterior al trauma (Banyard, Williams, & Siegel, 2001).
- **Del desarrollo.** Hace referencia al momento de la exposición al evento traumático. Parece ser que entre el nacimiento y los 2 años de vida del niño, el hipocampo y la amígdala son más sensible a ciertas adversidades (Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009).
- **Genético (interacción genética x maltrato).** Diferentes investigaciones tratan de estudiar la vulnerabilidad genética que media la relación entre las experiencias adversas de la infancia y la depresión. Entre los factores genéticos se han estudiado el genotipo 5-HTTLPR (SLC6A4) y la depresión (Caspi et al., 2003; Karg, Burmeister, Shedden, & Sen, 2011; Kudinova, Gibb, McGeary, & Knopik, 2015), el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Kudinova et al., 2015), el polimorfismo FKBP5 (Tozzi et al., 2016), el polimorfismo Val66Met de BDNF (Gatt et al., 2009) y el genoma GWAS (Dick et al., 2015).

Introducción: Maltrato en la infancia y psicopatología

- Psicosociales. Son los factores psicológicos y/o sociales que reducen el impacto psicológico del maltrato. Los factores que reducen el riesgo son la alta autoestima, la elevada autosuficiencia, el *locus* de control interno (Cicchetti, Rogosch, Lynch, & Holt, 1993; Feiring, Taska, & Lewis, 2002), la inteligencia superior a la media (Herrenkohl & Egolf, 1994; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás, & Taylor, 2007), el ajuste psicosocial exitoso (Cabanyes, 2010; Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010) y el apoyo social (Henry, Thornberry, & Lee, 2015; Lamis, Wilson, King, & Kaslow, 2014; Sperry & Widom, 2013).

1.4. Esquemas desadaptativos tempranos y depresión

La teoría de los esquemas de Young (1990,1999), parte del modelo cognitivo y se amplía para dar mucha importancia a los orígenes infantiles y adolescentes de los problemas psicológicos. Su modelo fue diseñado para pacientes con problemas caracteriológicos crónicos y que no respondían debidamente a la terapia cognitivo-conductual tradicional.

El modelo de Young, partiendo de las teorías cognitivas, se basa en el concepto de esquema y coherencia cognitiva. Los esquemas pueden entenderse como teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo. Estos esquemas suelen configurarse en la infancia y se mantienen en la edad adulta, aunque ya no sean útiles, y esto con la finalidad de mantener la coherencia cognitiva. Son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio causando errores en el procesamiento de información. La organización cognitiva se refiere a cómo los esquemas cognitivos negativos y positivos (por ejemplo, “no soy digno de amor”, “soy una buena persona”) están representados en la mente en relación a los esquemas. Por ejemplo, en los pacientes deprimidos se evidencian esquemas negativos más estrechamente conectados y esquemas positivos más débilmente conectados que en los individuos no deprimidos (Dozois & Dobson, 2001; Dozois & Dobson, 2003; Segal, Gemar, Truchon, Guirguis, & Horowitz, 1995).

Una de las principales hipótesis de la teoría de esquemas de Young se basó en el concepto de esquema maladaptativo temprano (EMT), señalando su papel causal en el desarrollo de la psicopatología, incluida la depresión (Young et al., 2003). El origen de los EMT es el resultado de experiencias infantiles tóxicas o experiencias duraderas de

Introducción: Esquemas desadaptativos tempranos y depresión

necesidades emocionales no satisfechas (Young & Brown, 1990). Los EMT se refieren al nivel más profundo de las estructuras cognitivas y se definen como patrones emocionales y cognitivos autodestructivos con respecto a uno mismo y a las relaciones interpersonales (Young et al., 2003). Las distorsiones cognitivas que implican el EMT facilitan que se mantengan tales esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirmen sus expectativas negativas).

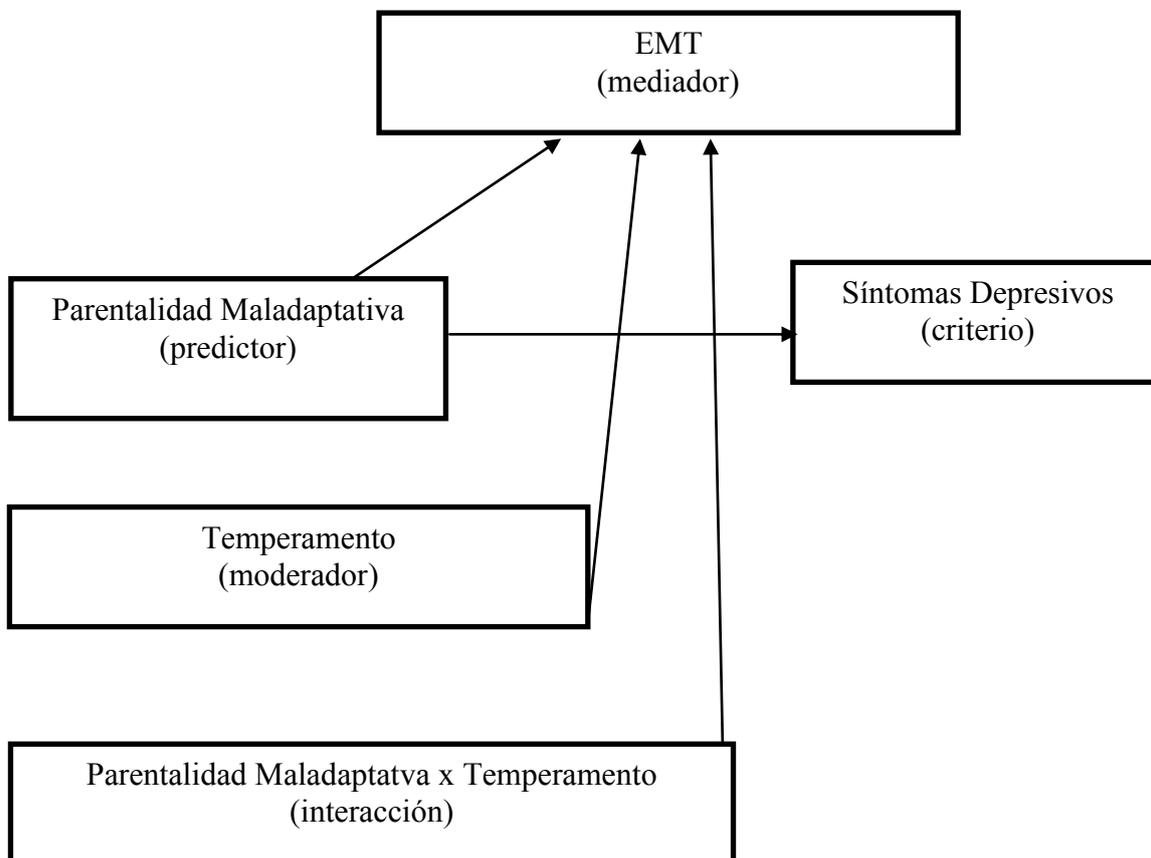
Otros aspectos relevantes del modelo de Young son los factores del temperamento y de la estabilidad de los esquemas. El temperamento se describe como diferencias individuales innatas y emergentes en los procesos emocionales, motores, atencionales y de autorregulación, que influyen en la forma en que uno reacciona ante el entorno (Rothbart, 2007). A diferencia del temperamento, la personalidad se extiende más allá del temperamento, para incluir cogniciones, creencias y valores específicos (Evans & Rothbart, 2007). El modelo de Young involucra la hipótesis de que el temperamento interactúa con el desarrollo de los EMT. En este contexto, dos rasgos de temperamento, el N o EN y la baja E o EP baja, pueden jugar un papel relevante en la psicopatología debido a su influencia en el desarrollo de los trastornos psicológicos (Anderson, Veed, Inderbitzen-Nolan, & Hansen, 2010; Chorpita, Plummer, & Moffitt, 2000). Por ejemplo, dos niños pueden reaccionar de forma diferente al maltrato de sus padres, uno con baja E podría retirarse y esconderse del mundo social, desarrollando esquemas de desconexión/rechazo, mientras que el otro niño con alta E podría buscar relaciones más positivas hacia el exterior y desarrollar así esquemas más funcionales. La estabilidad de los esquemas se basa en la suposición fundamental de que los EMT son construcciones estables y de rasgo, resistentes al cambio (Young et al., 2003). En estudios sobre estabilidad de EMT en pacientes deprimidos, se concluye que los esquemas son estables

Introducción: Esquemas desadaptativos tempranos y depresión

a largo plazo aunque su estabilidad en el curso de una intervención psicoterapéutica sigue sin estar clara. En el estudio de Riso et al. (2006), con pacientes deprimidos ambulatorios en el que se examinaron la estabilidad a largo plazo en un período de 2,5 a 5 años, hallaron que los EMT exhibían buen nivel de estabilidad, comparable con las características de los trastornos de personalidad. Del mismo modo, Wang et al. (2013) encontraron una estabilidad moderada en pacientes deprimidos después de un seguimiento de 9 años. Otros estudios, concluyen que los rasgos del temperamento, tal como el N pueden cambiar con el tiempo, como resultado del maltrato (DeYoung, Cicchetti, & Rogosch, 2011). Asimismo, estudios sobre la generación de estrés sugieren que los síntomas emocionales, los EMT y los rasgos de temperamento pueden generar adversidades (Calvete et al., 2013; Gibb & Hanley, 2010). Por tanto, los estudios de investigación en torno el modelo de Young, tratan de evidenciar el efecto mediacional de los EMT, junto con el temperamento y estilos de crianza maladaptativos, en el desarrollo de la psicopatología, especialmente la depresión (gráfico 1).

Introducción: Esquemas desadaptativos tempranos y depresión

Gráfico 1. Diagrama conceptual hipotético del efecto indirecto de la parentalidad maladaptativa en los síntomas depresivos, mediante los EMT (Haugh, Miceli, & DeLorme, 2017).



2. Estudio 1

Perfiles de distimia en función de la patología de la personalidad, maltrato en la infancia, esquemas y estrategias de afrontamiento

2.1. Justificación del estudio 1

2.1.1. Rasgos y dimensiones de la personalidad en distimia.

Los factores temperamentales o de personalidad parecen jugar un rol más importante en la distimia que en el resto de las depresiones (Klein & Glaesmer, 2012). De hecho, se ha constatado que los pacientes con depresión presentan porcentajes más elevados de trastornos de la personalidad y rasgos más patológicos de la personalidad que los sujetos sanos del grupo control (Rothschild & Zimmerman, 2003). El estudio de la personalidad es esencial en pacientes con depresión ya que los rasgos disposicionales pueden contribuir al inicio y al curso de la depresión en una gran variedad de formas (Klein & Glaesmer, 2012; Klein, Kotov & Buffered, 2011) y pueden servir como indicadores de vulnerabilidad en el desarrollo de la depresión (Clark, Watson, & Mineka, 1994; Scott, 1988).

Se han descrito diferentes modelos y mecanismos de relación y causalidad entre personalidad y depresión (Klein & Miller, 1993) (tabla 14). Así, existen varias posibilidades: 1) personalidad y depresión tienen una etiología común; 2) las alteraciones de la personalidad son una manifestación temprana de la depresión; 3) determinados tipos de personalidad predisponen a la depresión; 4) la personalidad influye en la expresión y el curso de la depresión y, 5) los rasgos de personalidad son los efectos que persisten después de que el paciente se haya recuperado de la depresión.

Justificación del estudio 1

Tabla 14. Relación entre personalidad y depresión (Klein & Miller, 1993)

<p>Modelo de la causa común: La personalidad y la depresión tienen causas comunes, es decir, una vez se desarrollan comparten una etiología en común.</p>
<p>Modelo del espectro subclínico: Se aproxima al modelo de “causa común” desde el punto de vista conceptual, ya que presupone una etiología compartida. Sin embargo, parte de la base de que un trastorno es una manifestación o variante del otro, más que un trastorno distinto en sí mismo. Por ejemplo, un trastorno puede ser una fase temprana (prodrómica) o una manifestación menos grave (subclínica) del otro trastorno.</p>
<p>Modelo de la predisposición o vulnerabilidad: Las características de la personalidad predisponen al desarrollo de la depresión, y viceversa. Por lo tanto, una enfermedad precede y aumenta el riesgo de que se produzca la otra. Un ejemplo de modelo de vulnerabilidad es el de “diátesis-estrés”, en el que se describe como ciertos estresores ambientales al interactuar con ciertas vulnerabilidades (p.ej., temperamento, rasgos de personalidad, estilos cognitivos) ocasiona una depresión.</p>
<p>Modelo de patoplasticidad o exacerbación: Postula que las características de la personalidad pueden influir en la manifestación o el curso de la depresión, o viceversa. El modelo de patoplasticidad se apoyaría en la evidencia de que la personalidad explica la variación entre individuos deprimidos en lo que se refiere a manifestación clínica o respuesta al tratamiento.</p>
<p>Modelo de la complicación o cicatriz: Refiere que dos enfermedades distintas están relacionadas porque una de ellas se desarrolla debido a la presencia de la otra. Por ejemplo, los rasgos de personalidad constituyen efectos permanentes tras la recuperación de la depresión.</p>

Los modelos de predisposición y patoplastia, definidos como modelos precursores, son los más estudiados y apoyados en la literatura científica. Algunos rasgos disfuncionales en la adolescencia, como aquellos asociados con la personalidad antisocial, limítrofe, dependiente, depresiva, histriónica y esquizotípica, confieren sensibilidad al desarrollo de la depresión o distimia en la edad adulta (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2005). De manera similar, la aparición más temprana de síntomas depresivos se observa con mayor frecuencia cuando hay una asociación con trastornos de la personalidad (Mulder, Joyce, & Luty, 2003; Sato et al., 1999). En un estudio de pacientes con depresión

Justificación del estudio 1

estacional o no estacional (Michalak et al., 2004) se ha concluido que la personalidad, evaluada con el DAPP-BQ, está ampliamente conectada con la depresión, independientemente del subtipo depresivo.

Las dimensiones de la personalidad, por tanto, influyen en la edad de inicio y la probabilidad de que el trastorno depresivo se convierta en crónico (Huprich et al., 2008; Robison et al., 2009). Personas con mayores niveles de EN fueron más propensas a desarrollar un trastorno afectivo a una edad temprana (Robison et al., 2009). Personas deprimidas con menor EP tuvieron mayor riesgo de tener un curso crónico de la enfermedad depresiva (Robison et al., 2009).

Los niveles de rasgo de N, introversión, dependencia y/o perfeccionismo, evitación del daño y otros estilos cognitivos y sociales, se asocian con una gran variedad de condiciones depresivas (Huprich et al., 2008). El rasgo de N ha sido el más asociado con estados de ánimo (Jylha, Melartin, & Isometsa, 2009; Kendler & Gardner, 2010), siendo el rasgo considerado por el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013) que se relaciona con un pobre pronóstico del TDP. Se ha constatado, que altos niveles de N/EN y bajos niveles de E/EP son características estables de la personalidad de los individuos con depresión crónica (Riso, Miyatake, & Thase, 2002). Según Eysenck y Eysenck (1976) la escala de N en el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (*Eysenck Personality Questionnaire*, EPQ; Eysenck & Eysenck, 1985) es una medida de distimia, que abarca los componentes de depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal.

El efecto del N en la distimia, a diferencia de la depresión mayor, se encuentra específicamente en la faceta de hostilidad. Así, en el estudio de Harkness, Michael Bagby, Joffe y Levitt (2002), realizado con pacientes con diagnóstico de depresión mayor y depresión doble, hallaron que los pacientes con depresión doble tuvieron puntuaciones más altas en N, incluso después de la remisión de la sintomatología del

Justificación del estudio 1

EDM. Este estudio concluye que la depresión menor crónica implica una permanente vulnerabilidad de la personalidad que se caracteriza por alto N, específicamente en el rasgo de hostilidad. Así, los rasgos de alta hostilidad y baja amabilidad son candidatos potenciales para definir la vulnerabilidad de la personalidad a la depresión menor crónica.

En consecuencia, como indican Ryder, Bagby y Schuller (2002), el uso de un modelo tridimensional de la patología de la personalidad permitirá la evaluación de los rasgos y estados de ánimo en lugar de la de trastornos categóricos específicos, como ocurre con los trastornos de la personalidad (Aschauer & Schlogelhofer, 2003; Klein, Durbin, Shankman, & Santiago, 2002). Hasta el momento, el modelo de los tres factores de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1975) y Watson (Clark & Watson, 1999; Markon et al., 2005) y el modelo de las Cinco Grandes factores de McCrae y Costa (1987) han sido dos de los modelos más utilizados en la investigación relacionada con la psicopatología en general y, en particular de la depresión, como se muestra en un meta-análisis (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010). Con respecto a la distimia esta revisión concluye una baja E y responsabilidad y un alto N. De hecho la distimia tenía el perfil más patológico entre los diversos trastornos analizados (Kotov et al., 2010), lo que es consistente con la premisa de que la depresión crónica persistente es mejor conceptualizada como una forma de patología de la personalidad (Watson et al., 1995).

2.1.2. Maltrato en la infancia y distimia

La historia del trauma infantil se relaciona con el desarrollo de la depresión crónica (Li, D'Arcy, & Meng, 2016; Nanni, Uher, & Danese, 2012; Spinhoven et al., 2010; Wiersma et al., 2009). Según el estudio epidemiológico de Green y colaboradores (2010) el impacto potencial de las experiencias infantiles adversas sobre el riesgo de

Justificación del estudio 1

trastornos del estado de ánimo se halla en un 22.9% de los casos.

Estudios longitudinales de seguimiento a largo plazo, concluyen que la cronicidad de la depresión se asoció con una mayor adversidad infantil, respecto a la depresión no crónica (Angst, Gamma, Rössler, Ajdacic, & Klein, 2011; Klein & Kotov, 2016). Además la adversidad temprana se relaciona con la mayor severidad del curso depresivo (mayor gravedad de la sintomatología y menor tiempo de remisión) (Fuller-Thomson, Battiston, Gadalla, & Brennenstuhl, 2014; Rhebergen et al., 2012) aumentando un 20% la recurrencia depresiva en un periodo de tres años, según el estudio epidemiológico de Gilman et al. (2013). Los antecedentes de maltrato en la infancia en el trastorno distímico también se relacionan con mayor proporción de cogniciones depresivas (Alloy et al., 2006), niveles más altos de autocrítica, ansiedad y tendencia al suicidio (Calvete & Orue, 2008; Klein et al., 2009), así como con mayor afectación de la personalidad (Barzega, Maina, Venturello, & Bogetto, 2001; Ramklint & Ekselius, 2003).

De los diferentes tipos de abuso, el psicológico es el más prevalente en la depresión crónica o recurrente (incluida la distimia) (Bifulco et al., 2002; Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015). La retroalimentación negativa repetida, especialmente en forma de crítica verbal o abuso emocional puede llevar al desarrollo de esquemas depresogénicos ya que, a diferencia de otras experiencias, proporcionan cogniciones negativas (Rose & Abramson, 1992). Tal y como se concluye en el estudio Chapman et al. (2004) los antecedentes de abuso emocional en la infancia aumentan el riesgo actual y de por vida de depresión. En el estudio de meta-análisis de Norman et al. (2012) también se halló mayor tamaño del efecto (mediano a grande) para la depresión en relación con el abuso emocional infantil, en comparación con el abuso físico y la negligencia física y emocional.

2.1.3. Teoría de esquemas desadaptativos de Young y distimia

Los modelos cognitivos de la depresión sostienen que las creencias centrales negativas, o esquemas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, fomentan la vulnerabilidad a la depresión al influir en cómo un individuo interpreta la experiencia (Beck, 1967; Beck, 1976). Así pues, los errores que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de *diátesis-estrés*. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la *diátesis* cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Aunque si no se ha manifestado el trastorno, según el modelo cognitivo, los individuos con antecedentes de abuso en la niñez pueden seguir siendo vulnerables a la depresión (Haefffel et al., 2005; Riso et al., 2003; Williams et al., 2010).

El maltrato emocional infantil, respecto otros tipos de maltrato, está estrechamente relacionado con estilos inferenciales negativos y actitudes disfuncionales, correlacionando con los síntomas depresivos iniciales (Cukor & McGinn, 2006; Gibb, 2002; Wells, Vanderlind, Selby, & Beevers, 2014). Por tanto, la mayoría de estudios concluyen que los estilos cognitivos depresógenos son los que median la relación entre las experiencias tempranas negativas y el inicio de la depresión (Cukor & McGinn, 2006; Gibb, 2002), y que dicha correlación es mayor en los antecedentes de maltrato

Justificación del estudio 1

emocional.

Varios estudios relacionan los dominios de esquemas y EMT específicos (en concreto aquellos que pertenecen al fracaso, privación emocional y abandono/inestabilidad), con la gravedad de los síntomas depresivos, tanto en muestra clínicas como no clínica (Calvete, Estévez, De Arroyabe, & Ruiz, 2005; Halvorsen et al., 2009; Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, & Huibers, 2012). Así pues, en el estudio de Hoffart et al. (2005) encontraron que la escala de desconexión rechazo y autonomía dañada explicaba el 53% de la varianza en severidad de depresión en una muestra de sujetos clínicamente deprimidos o previamente deprimidos, pero no en los que había ausencia de depresión. En el estudio de Calvete et al.(2005) con muestra de sujetos clínicamente no deprimidos, se ha demostrado que los EMT de fracaso, deficiencia/vergüenza y de sacrificio se asociaron con la gravedad de los síntomas depresivos.

La personalidad, al igual que los EMT, se ha sugerido como marcador de vulnerabilidad a la depresión, aunque la relación entre ambos es controvertida. De hecho, algunos estudios sobre superposición entre EMT y rasgos de carácter, concluyen que la evitación del daño se relacionó positivamente con varios EMT, mientras que la autodirección se relacionó negativamente (Halvorsen et al., 2009). Mientras que otras investigaciones sobre el tema evidencian que los EMT explican la variancia de los síntomas depresivos y esto, más allá de constructos similares relacionadas con los síntomas de depresivos, como N (Thimm, 2010).

2.1.4. Estrategias de afrontamiento y distimia

El afrontamiento, se entiende como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986, pág. 164). Desde esta visión, el afrontamiento modula las diferencias individuales existentes ante situaciones de estrés (Sandín, 2003).

En primer lugar, existe una valoración primaria relacionada con la valoración cognitiva de la situación, consistente en analizar si el hecho es positivo o no, para posteriormente, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria, en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos (Lazarus & Folkman, 1986).

Desde el Enfoque Procesual del Afrontamiento de Lázarus (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1988) se enfatizan dos tipos de estrategias de afrontamiento:

1. Focalizado en el problema (AFP): Se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo.
2. Focalizado en la emoción (AFE): Cambiar la forma en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés.

Si la valoración implica que puede hacerse algo constructivo, predomina el AFP. Si la valoración indica que no puede hacerse nada, predomina el AFE (Forsythe & Compas, 1987).

Justificación del estudio 1

El afrontamiento se relaciona estrechamente con la Eficacia Percibida de Afrontamiento (EPA), que se refiere al sentido subjetivo de que una persona podrá enfrentar con eficacia las dificultades en las diferentes áreas de la vida. Este modelo está conceptualmente relacionado con construcciones tales como la autoeficacia, el optimismo, las competencias percibidas y la capacidad para resolver problemas (Schwarzer, 1994).

Las estrategias de afrontamiento funcionan conjuntamente, de forma concurrente o secuencial (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000), y no resulta útil considerarlas aisladamente ya que no abarcarían la naturaleza sistémica del afrontamiento. Su efectividad depende de su combinación (Lazarus, 2000; Tennen et al., 2000). Por ejemplo, aunque dos individuos puedan emplear la rumiación como una estrategia dominante, uno de estos puede acompañarla de la reestructuración cognitiva, mientras que otro puede asociarlo con la culpa. La primera combinación puede conducir a la capacidad de encontrar significado y a una valoración en la situación (Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997), mientras que la última puede asociarse con autocompasión.

Son varias las medidas de afrontamiento que más ampliamente se han utilizado: el Ways of Coping (WOC) (Lazarus & Folkman, 1984), el Multidimensional Coping Inventory (MCI) (Endler & Parker, 1990), y el Coping Orientations to the Problems Experienced (COPE) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), entre otras. Aunque se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento.

La personalidad puede considerarse un principio organizativo para el afrontamiento (Carver & Connor-Smith, 2010; Derryberry, Reed, & Pilkenton-Taylor, 2003). Por un

Justificación del estudio 1

lado, la personalidad determina aspectos tales como la tasa de exposición a encuentros estresantes, el nivel de peligrosidad asignado a los eventos, el tipo de estrategias que se activan y la probabilidad de que tales estrategias sean exitosas (Ball, Smolin, & Shekhar, 2002; Bolger & Zuckerman, 1995; Derryberry et al., 2003; Hundt, Williams, Mendelson, & Nelson-Gray, 2013; Shoji, Harrigan, Woll, & Miller, 2010; Williams, Hundt, & Nelson-Gray, 2014). Por ejemplo, los sujetos extrovertidos usan más reestructuración cognitiva, resolución de problemas y búsqueda de apoyo, mientras que los sujetos neuróticos recurren más a la negación, la distracción y el consumo de drogas y menos a la resolución de problemas y la aceptación (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Las estrategias de afrontamiento pueden variar con el tiempo en función de la remisión de los síntomas, reemplazando estrategias que se usan de forma ineficaz (la rumiación, la expresión emocional y la culpa) por estrategias más adaptativas (la resolución de problemas o la reestructuración cognitiva) (Matheson & Anisman, 2003).

Ciertos estilos de afrontamiento parecen predominar en algunos estados patológicos. La depresión se ha asociado con el uso excesivo del AFE, particularmente la inhibición emocional (Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali, & Anisman, 2002) y la rumiación (Nolen-Hoeksema, 1998), junto con el uso disminuido de la reestructuración cognitiva (Ravindran et al., 2002) y la búsqueda de apoyo social (Holohan, Moos, Holohan, & Cronkite, 1999; Matheson & Anisman, 2003).

La distimia se relaciona con mayores tensiones diarias, menor percepción de eventos agradables y un AFE. Estas características son más pronunciadas en la distimia de inicio temprano (Ravindran et al., 1996). Aunque las molestias y los estilos de afrontamiento se correlacionaron con el estado de ánimo deprimido, solo los estilos de afrontamiento

Justificación del estudio 1

predijeron la gravedad del afecto deprimido (Ravindran et al., 1996). Diversos estudios concluyen que la EPA y las estrategias negativas de afrontamiento median la relación entre los eventos estresantes y los trastornos mentales, especialmente la depresión (Asselmann, Wittchen, Lieb, Höfler, & Beesdo-Baum, 2016; Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2000; Sawatzky et al., 2012).

Diferentes líneas de investigación tratan de analizar la multi-causalidad e interacción entre variables que influyen en la presentación del cuadro depresivo. Con la finalidad de describir la interacción entre factores de riesgo para la depresión crónica, la literatura científica describe 2 factores:

- De riesgo distal: Son características que aumentan la vulnerabilidad de la persona a experimentar factores de riesgo próximo, p.ej., experimentar abuso en la infancia puede aumentar la vulnerabilidad de desarrollar un esquema de abandono.
- De riesgo próximo: Son características que contribuyen más directamente a la depresión crónica, haciendo referencia a eventos desencadenares recientes, p.ej., una experiencia de abandono.

Tal y como concluye el modelo cognitivo, la adversidad infantil precede al inicio de la depresión por varios años. La relación entre los eventos adversos y la depresión crónica probablemente esté mediada por factores de riesgo proximal (Klein & Santiago, 2003) como los EMT (Harris & Curtin, 2002; Lumley & Harkness, 2007; Renner, Arntz, Leeuw, & Huibers, 2013). La personalidad patológica interacciona con factores de vulnerabilidad cognitiva, los cuales se engendran en las experiencias traumáticas de la niñez e influyen en el inicio, el curso y el mal pronóstico del trastorno distímico (Bernet

Justificación del estudio 1

& Stein, 1999; Bifulco et al., 2002; Klein & Kotov, 2016; Moskvina et al., 2007).

Rhebergen y colaboradores (2012) refieren que es arriesgado crear una entidad heterogénea como el TDP. Se deben realizar esfuerzos para identificar las condiciones inherentes que marcan la diferencia o las principios etiológicos que podrían ser útiles en la planificación de las intervenciones (Rhebergen et al., 2012). El estudio de la personalidad puede ser útil para identificar, entre otras cosas, subtipos homogéneos de trastornos depresivos que difieren en el curso y la etiología, tal y como concluye Klein et al. (2011) en su revisión.

Tomados en su conjunto, todos estos resultados justifican la realización de un estudio que, partiendo de variables disposicionales de la personalidad, caracterice perfiles diferenciados de pacientes con distimia en función de los antecedentes de maltrato en la infancia, los esquemas maladaptativos y los estilos de afrontamiento.

2.2. Objetivos e hipótesis

Objetivos

En dos fases de los resultados, este apartado tiene varios objetivos: 1) realizar un análisis de *clúster* para la obtención de perfiles o tipos de pacientes con distimia en función de las dimensiones de personalidad del DAPP-BQ; y 2) analizar las diferencias entre los perfiles para los tipos de maltrato, esquemas y estrategias de afrontamiento.

Hipótesis 1. Del análisis de *clúster* en función del DAPP-BQ (modelo de Livesley) se obtendrán dos tipos diferenciados según las dimensiones de patología de la personalidad.

Hipótesis 2. El grupo con mayor patología de la personalidad obtendrá puntuaciones superiores en afrontamiento emocional, esquemas de rechazo y autonomía, así como una mayor gravedad en negligencia y abuso emocional en relación al otro grupo de menos patología de la personalidad.

2.3. Metodología

2.3.1. Participantes

La muestra consistió de 91 pacientes mujeres que habían aceptado participar en un estudio más amplio para valorar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes con distimia. Participaron varios centros de salud mental del Hospital Psiquiátrico y Universitario Pere Mata en Reus, España. Los criterios de exclusión fueron la presencia de dificultades de lenguaje o analfabetismo cultural para comprender las cuestiones de los cuestionarios, diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual, rechazar participar en el estudio, presencia de otra psicopatología severa del eje I y ser varón (tabla 15). La aprobación ética del estudio fue obtenida del Comité de Investigación y Bioética de la institución y todos los participantes dieron su consentimiento informado escrito.

Tabla 15. Criterios de inclusión - exclusión del estudio

Criterios inclusión	Criterios exclusión
Edad \geq de 18 años en ambos sexos	No entender el estudio (y por lo tanto, no poder firmar el consentimiento informado). Analfabetismo y/o la presencia de un diagnóstico clínico de trastorno del desarrollo intelectual.
Obtención del consentimiento informado	Rechazar participar en el estudio
Diagnóstico clínico inicial de distimia (psiquiatra referente) con criterios DSM-IV-TR confirmados con el módulo de distimia de la entrevista SCID-I	Presencia de otra psicopatología severa en el eje I
Ser mujer	Ser varón

2.3.2. Procedimiento

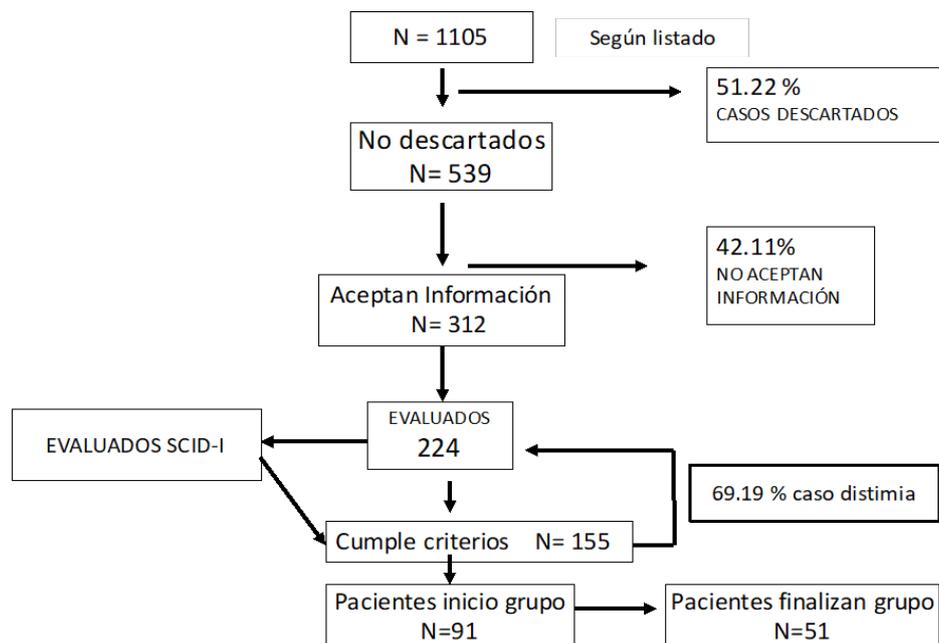


Gráfico 2. Procedimiento del estudio

La muestra se obtiene a partir de un listado aleatorizado de pacientes con diagnóstico activo de distimia o depresión crónica en el momento de la evaluación (ver gráfico 2), con 1105 pacientes. De estos, el 51.22% se descartaron porque no estaban en ese momento en tratamiento o el diagnóstico de distimia no era el diagnóstico principal. De los restantes pacientes, 312 aceptaron recibir información sobre el estudio y 224 asistieron a la convocatoria de evaluación inicial. Tras la evaluación, 155 cumplieron los criterios de distimia en la entrevista Entrevista Clínica Estructurada SCID-I (*The Structured Clinical Interview for DSM*, SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). El grupo fue iniciado por 101 sujetos, aunque posteriormente para los análisis estadísticos y dado del objetivo de este trabajo se excluyeron a 10 varones. En el 83.51% de las pacientes la distimia fue de inicio tardío. Completaron la evaluación inicial y final 51 mujeres. Psicólogos de cada centro de salud mental administraron las pruebas para la obtención de las variables socio-demográficas, clínicas y de

Metodología

personalidad en la primera visita días antes del comienzo de la terapia de grupo y, para la sintomatología depresiva, al finalizar la intervención.

2.3.3. Diagnóstico y evaluación clínica

1. Para el diagnóstico de distimia las pacientes fueron evaluadas con la sección de distimia de la Entrevista Clínica Estructurada SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997).

2. La medida de la severidad de los síntomas fue obtenida con la Escala Depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*, HDRS; Hamilton, 1960) de 17 ítems. La HDRS, es una escala heteroaplicada diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión en una escala tipo Likert, de 2 a 5 alternativas de respuesta. Los puntos de corte para su corrección son: 0-7 (no depresión), 8-13 (ligera/menor), 14-18 (moderada), 19-22 (grave), >23 (muy grave). Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Esta escala proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. La versión en español de la escala tiene buenas propiedades psicométricas (Bobes et al., 2003).

3. El Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) es una escala de autoevaluación, utilizada para evaluar la gravedad de la depresión. El inventario consta de 13 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 0 a 3. Los puntos de corte para su corrección son: 0-4 (ausente o mínimo), 5-7 (leve), 8-15 (moderado) y 16-39 (grave). El BDI refleja aspectos

Metodología

cognitivos-afectivos y somáticos de la depresión. Aunque el BDI no es indicativo del síndrome clínico completo de depresión, es una medida fiable y bien validada de la sintomatología depresiva en muestras tanto clínicas como no clínicas (Beck & Steer, 1987; Beck, Steer, & Carbin, 1988).

4. Para la medida de las estrategias de afrontamiento se utiliza el Inventario de estimación de Afrontamiento (*Coping Orientations to the Problems Experienced*, COPE abreviado o brief COPE; Carver, 1997). Inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias (tabla 16). El afrontamiento se divide en dos ejes; en uno de ellos hallamos el afrontamiento activo o pasivo/ evitativo, en el otro eje hallamos el afrontamiento conductual, cognitivo y emocional (tabla 17).

Tabla 16. Descripción y caracterización de las escalas del cuestionario Brief COPE

- 1- Afrontamiento activo: Iniciar interacciones directas, incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir el estresor.
- 2- Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar el estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- 3- Búsqueda de apoyo instrumental: Buscar ayuda, información o consejo a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
- 4- Uso de apoyo emocional: Obtener simpatía o apoyo emocional de otras personas.
- 5- Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- 6- Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- 7- Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
- 8- Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.

Metodología

Tabla 16. Descripción y caracterización de las escalas del cuestionario Brief COPE
 (continuación)

9- Negación: Negar la realidad del suceso estresante.

10- Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.

11- Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.

12- Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar el estresor.

13- Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

14- Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Tabla 17. Estilos de afrontamiento en el cuestionario Brief COPE

Afrontamiento	Activo	Pasivo/evitativo
Conductual	Activo	Renuncia
	Planificación	Auto-distracción
	Apoyo instrumental	Consumo de sustancias
Cognitivo	Reinterpretación positiva	Negación
	Humor	Religión
	Aceptación	Autocrítica
Emocional	Apoyo instrumental	Descarga emocional

Metodología

5. El maltrato en la infancia fue evaluado con el Cuestionario de Trauma Infantil – Forma Abreviada (*Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*, CTQ-SF de Bernstein & Fink, 1998) versión española de Hernández et al. (2012, 2013). Es un cuestionario de 28 ítems ampliamente utilizado en la medida de los cinco tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Cada escala es representada con cinco ítems puntuados sobre una escala de 5 puntos tipo Likert de acuerdo a la frecuencia: Nunca, Raramente, A veces, A menudo y Muy a menudo. Tres ítems adicionales componen la escala de minimización para detectar respuestas de deseabilidad social o registros falseados. Se estudiaron las características psicométricas y se encontró que el CTQ tiene una validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad aceptables (Bernstein et al., 1994). La versión en español del CTQ presenta buenas propiedades psicométricas (Hernandez et al., 2013).

6. Rasgos de personalidad patológica fueron obtenidos mediante el Cuestionario de Valoración de la Personalidad Patológica (DAPP-BQ de Livesley, 1990) versión española de Gutierrez-Zotes et al. (2008). Cada ítem es puntuado en una escala de 5 puntos que va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. Este cuestionario de 290 ítems valora 18 factores dimensionales de primer orden: distorsión cognitiva, problemas de identidad, inestabilidad afectiva, búsqueda de estímulos, sumisión, compulsividad, rechazo, expresión restringida, insensibilidad, oposicionismo, problemas para la intimidad, ansiedad, problemas de conducta, suspicacia, evitación social, narcisismo, apego inseguro y autolesión. Las dimensiones se agrupan en 4 dominios de segundo orden: desregulación emocional, compulsividad, inhibición y conducta disocial (ver tabla 18), así:

1- Desregulación emocional está compuesta de rasgos como la labilidad afectiva, ansiedad, temperamento negativo, percepciones excéntricas y desregulación cognitiva.

Metodología

Esta dimensión sería similar al rasgo de N (Eysenck, 1985). También es similar al concepto de Kernberg (1986) de organización límite de la personalidad que incluiría varios de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. Muestra similitudes con la descripción de Linehan (Linehan, 1993) sobre el trastorno límite de la personalidad en términos de desregulación emocional, interpersonal, conductual, cognitiva y del yo.

2- Conducta disocial implica el polo negativo de responsabilidad del NEO Personality Inventory Revised en el modelo de los cinco grandes (NEO PI-R, Costa & McCrae, 1985). Se relaciona con la dimensión de psicoticismo de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1985; Larstone, Jang, Livesley, Vernon, & Wolf, 2002) y búsqueda de sensaciones impulsivas de Zuckerman (Zuckerman, 2002).

3- Inhibición se vincula con extroversión del EPQ-R y el NEO PI-R (Larstone et al., 2002), con apertura del modelo de Costa y McCrae (Costa, & McCrae, 1992) y con sociabilidad del Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman (*Zuckerrnan-Kuhlman Personality Questionnaire*, ZKPQ; Zuckerman, 2002)(Wang, Du, Wang, Livesley, & Jang, 2004).

4- Compulsividad se relaciona con orden y meticulosidad asociado a la dimensión de responsabilidad del NEO PI-R (Costa & McCrae, 1985).

Tabla 18. Representación del modelo de la personalidad patológica de Livesley.

Dominios, rasgos y facetas

Dominio	Rasgos	Facetas
Desregulación emocional	Labilidad afectiva	Estabilidad afectiva, sobre-reactividad afectiva, hipersensibilidad generalizada, ira lábil, irritabilidad.
	Ansiedad	Tendencia a la culpa, indecisión, rumiación, ansiedad rasgo.
	Sumisión	Sumisión, sugestionabilidad, necesidad de consejo.
	Apego inseguro	Angustia de separación, inseguridad de base, búsqueda de proximidad, miedo al daño interpersonal, intolerancia a la soledad.
	Evitación social o baja afiliación	Baja afiliación, habilidades sociales defectuosas, aprehensión social, miedo al daño interpersonal, deseo de mejora de las relaciones.
	Problemas de identidad	Anhedonia, sentimientos crónicos de vacío, autoconcepto lábil, pesimismo.
	Oposicionismo	Pasividad, oposicionismo, falta de organización.
	Distorsión cognitiva	Despersonalización, cognición esquizotípica, psicosis breve por estrés.
	Narcisismo	Necesidad de adulación, búsqueda de atención, grandiosidad, necesidad de aprobación.
	Susplicacia	Hipervigilancia, suspicacia.

Tabla 18. Representación del modelo de la personalidad patológica de Livesley.

Dominios, rasgos y facetas (continuación)

Dominio	Rasgos	Facetas
Disocial	Problemas de conducta	Violencia interpersonal, conductas juveniles antisociales, conductas adictivas, fracaso en adoptar normas sociales.
	Rechazo	Estilo cognitivo rígido, crítico, hostilidad interpersonal, dominancia.
	Dureza	Egocentrismo, explotación, irresponsabilidad interpersonal, falta de empatía, falta de piedad, sadismo.
	Búsqueda de estímulos	Búsqueda de sensaciones, temeridad, impulsividad.
Dominio	Rasgos	Facetas
Inhibición	Problemas de intimidad	Deseo de mejora del vínculo, inhibición de la sexualidad, apego evitativo.
	Restricción expresiva	Reacio a abrirse, expresión restringida de enfado, expresión restringida de afectividad, expresión restringida de sentimientos positivos, autosuficiencia.
Dominio	Rasgos	Facetas
Compulsividad	Compulsividad	Disciplina, precisión, escurpulosidad.
	Rasgos	Facetas
	Autolesión	Ideas de autolesión, actos de autodestrucción.

Metodología

7. Los EMT se avalúan mediante el Cuestionario de Esquemas de Young (*Young Schema Questionnaire*, YSQ-L2; Young & Brown, 1990, 2001) es una medida de autoinforme en escala de tipo Likert de 6 puntos. Se utiliza el Cuestionario de Esquemas YSQ en su versión reducida (Young, 1998) (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia, no publicado, Jordi Cid, comunicación personal 2012), versión corta de 75 ítems. Mide 15 EMT que se agrupan en 5 dominios: desconexión / rechazo (tabla 19), perjuicio en autonomía y ejecución (tabla 20), dirigido por las necesidades de los demás (tabla 21), sobrevigilancia e inhibición (tabla 22) y límites deteriorados (tabla 23). La versión en español del YSQ ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con confirmación de la estructura factorial y fiabilidad adecuada para las escalas (Calvete, Orue, & González-Diez, 2013).

Tabla 19. Esquemas incluidos en la dominio desconexión / rechazo, según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Dominio desconexión / rechazo	
1- Esquema abandono/inestabilidad:	La percepción de inestabilidad o desconfianza hacia las personas que están disponibles para el apoyo o conexión. Implica la sensación de que las personas significativas no serán capaces de seguir proporcionándole apoyo emocional, conexión, determinación o protección práctica porque son emocionalmente inestables e imprevisibles (p. ej., presentan estallidos de ira), no se puede confiar en ellas o solamente están presentes en algunas ocasiones; porque morirán inminentemente o porqué abandonarán al individuo por alguien mejor.
2- Esquema desconfianza/maltrato:	La expectativa de que los demás perjudicarán, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, manipularán o se beneficiarán de uno. Normalmente conlleva la percepción de que el daño es intencionado, o el resultado de una negligencia injustificada o extrema. Puede incluir la sensación de que uno, en comparación a los demás, siempre acaba siendo engañado o le toca la peor parte.
3- Esquema privación emocional:	La expectativa de que el propio deseo de un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los demás. Las tres principales formas de privación son: A. privación de cuidados: ausencia de atención, afecto, cariño o compañía; B. privación de empatía: ausencia de comprensión, escucha, auto-apertura o de compartir sentimientos con los demás; C. privación de protección: ausencia de determinación, dirección o guía por parte de los demás.
4- Esquema imperfección/vergüenza:	El sentimiento de que uno es imperfecto, defectuoso, malo, no deseado, inferior o inválido en aspectos importantes o, si se expone ante los demás, no será querido. Puede incluir hipersensibilidad a la crítica, al rechazo o a la culpabilización; auto-conciencia, comparaciones e inseguridad relativa a los demás; o una sensación de vergüenza relativa a los propios defectos percibidos. Estas imperfecciones pueden ser privadas (p.ej., egoísmo, impulsos agresivos, deseos sexuales inaceptables) o públicas (p.ej., aspecto físico indeseable, incomodidad social).
5- Esquema aislamiento social/alienación:	El sentimiento de estar aislado del resto del mundo, de ser diferente de las demás personas y/o no ser parte de ningún grupo o comunidad.

Tabla 20. Esquemas incluidos en el dominio de deterioro en autonomía y ejecución, según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Dominio de deterioro en autonomía y ejecución	
6- Esquema dependencia/incompetencia:	La creencia de que uno es incapaz de manejar las propias responsabilidades cotidianas de una manera competente, sin ayuda de los demás (p. ej., cuidarse a sí mismo, resolver problemas cotidianos, realizar juicios apropiados, iniciar tareas nuevas, tomar decisiones). Muchas veces se presentan como indefensión.
7- Esquema de vulnerabilidad al peligro o la enfermedad:	Miedo exagerado a que la catástrofe inminente les sorprenderá en cualquier momento de que uno sea incapaz de impedirlo. El miedo se centra en uno o más de los siguientes temas: A. catástrofes médicas (p.ej., ataques al corazón, sida); B. catástrofes emocionales (p.ej., volverse loco); C. catástrofes extremas (p.ej., que se estropee el ascensor, ser victimizado por criminales, que se estrelle el avión, los terremotos).
8- Esquema de apego confuso/Yo inmaduro:	La excesiva implicación y proximidad emocional con una o más personas significativas (a menudo, los padres) a costa de la individuación plena y del normal desarrollo social. A menudo conlleva la creencia de que, como mínimo, uno de los individuos a los que se siente unido no podrá sobrevivir ni ser feliz sin el constante apoyo del otro, también puede incluir sentimientos de asfixia o fusión con los demás, o también de insuficiente identidad individual. Muchas veces se experimenta como un sentimiento de vacío o fracaso, como de carecer de sentido o, en casos extremos, de cuestionar la propia existencia.
9- Esquema fracaso:	La creencia de haber fracasado, de fracaso en el futuro o de ser básicamente un compañero inadecuado para los propios amigos en áreas de logro (académico, profesional, deportivo, etc.). Muchas veces conlleva creencias relativas a que uno es estúpido, inepto, de un estatus inferior, con menor suerte que los demás, etc...

Tabla 21. Esquemas incluidos en el dominio de dirigido por las necesidades de los demás, según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Dirigido por las necesidades de los demás

- 10- Esquema subyugación:** Ceder en exceso a la coerción o control ajeno, aceptar a fin de evitar la ira, las represalias o el abandono. Las dos formas principales de subyugación son: A. subyugación de necesidades: supresión de las propias preferencias, decisiones y deseos; B. subyugación de emociones: supresión de emociones, especialmente de la ira. Normalmente conlleva la percepción de que los propios deseos, opiniones y sentimientos no son válidos o importantes para los demás. Frecuentemente se presenta a modo de un excesivo cumplimento, combinado con la hipersensibilidad a sentirse atrapado. Generalmente lleva a sentir ira, manifestada en síntomas desadaptativos (p.ej., conducta pasivo-agresiva, estallidos incontrolados de mal humor, síntomas psicósomáticos, retirada de afecto, “interpretar un papel”, abuso de sustancias.
- 11- Esquema auto-sacrificio:** El exceso de atención por satisfacer voluntariamente las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a expensas de la propia gratificación. Las razones más comunes son: prevenir que se perjudique a los demás, evitar la culpa de sentirse egoísta o mantener la conexión con los otros a quienes se les percibe como necesitados. En ocasiones conduce a sentir que las propias necesidades no están siendo debidamente satisfechas y al resentimiento hacia esos a quienes se atiende. Coincide con el concepto de codependencia.

Tabla 22. Esquemas incluidos en el dominio de sobrevigilancia e inhibición, según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Sobrevigilancia e inhibición

12- Esquema inhibición emocional/hipercontrol: La excesiva inhibición de la acción, sentimiento o comunicación espontánea, normalmente, para evitar la desaprobación ajena, los sentimientos de vergüenza, o la pérdida de control de los propios impulsos. Las áreas de inhibición más comunes son: A. inhibición de la ira y agresión; B. inhibición de los impulsos positivos (p.ej., alegría, afecto, excitación sexual, juego); C. dificultad para expresar vulnerabilidad o para comunicar libremente los propios sentimientos, necesidades, etc..., y/o D. excesivo énfasis en la racionalidad al mismo tiempo que se pasan por alto las emociones.

13- Esquema metas inalcanzables/hipercriticismo: La creencia subyacente de que uno debe esforzarse para satisfacer estándares internos inalcanzables de conducta o ejecución, normalmente para evitar la crítica. Generalmente produce sentimientos de presión o dificultad para reducir el ritmo y la tendencia a la hipercrítica de sí mismo y los demás. Debe implicar el deterioro significativo del placer, la relajación, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Los estándares implacables suelen presentarse como: A. perfeccionismo, atención excesiva al detalle o la subestimación de la propia actuación en relación a la norma; B. reglas rígidas y “deberías” en muchas áreas de la vida, incluyendo preceptos morales, culturales o éticos irrealmente altos o preocupación por el tiempo y eficiencias, la necesidad de lograr más.

Tabla 23. Esquemas incluidos en el dominio de límites deteriorados, según la versión corta del cuestionario de esquemas de Young (traducción y adaptación española por Cid, Tejero y Torrubia)

Límites deteriorados
<p>14- Esquema de grandiosidad/autorización: La creencia de que uno es superior a las demás personas; le corresponden determinados derechos y está autorizado a recibir privilegios especiales; o no se está ligado a las normas de reciprocidad que pautan la interacción social normal. Muchas veces conlleva la insistencia en que uno debería ser capaz de hacer o tener lo que quiere, independientemente de que sea o no realista, o de lo que para los demás sea razonable, o a costa de los demás; o un exagerado foco en la superioridad (p.ej., pertenecer a los más exitosos, famosos, ricos) al fin de alcanzar poder o control (no en busca de atención o aprobación). En ocasiones incluye un exceso de competitividad o dominio sobre los demás: aseverando el propio poder, imponiendo el propio punto de vista o controlando la conducta de los demás, en línea con los propios deseos, sin simpatía o preocupación por las necesidades o sentimientos de los demás.</p>
<p>15- Esquema insuficiente auto-control/ auto-disciplina: Dificultades generalizadas o rechazo a ejercer auto-control suficiente y a la tolerancia a la frustración para alcanzar los propios objetivos personales o para restringir el exceso de expresión de las propias emociones o impulsos. En su forma más leve, el paciente se presenta con un exagerado énfasis en la evitación de la incomodidad: evitar el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el cansancio a expensas de la satisfacción, compromiso o integridad personal.</p>

En la primera visita se han aplicado los cuestionarios DAPP-BQ, SCID-I (distimia), COPE, YSQ, CTQ, HDRS y BDI. En la segunda visita HDRS y BDI.

2.3.4. Análisis Estadísticos

Estadísticos descriptivos son obtenidos para los datos demográficos y los indicadores de severidad de la distimia. Las puntuaciones directas de las dimensiones de patología de la personalidad del DAPP-BQ fueron transformadas a puntuaciones T (media 50: SD 10), según los baremos para mujeres de la población normal (N=988) de la versión

Metodología

española del DAPP-BQ (Livesley, Jackson, Gutierrez-Zotes, & Gutierrez, 2013). Una vez transformadas las puntuaciones se obtienen los perfiles clínicos en función de la patología de la personalidad con el DAPP-BQ mediante un análisis de *clúster* jerárquico con el método de Ward. Para la comparación de los grupos obtenidos tras el análisis de *clúster* en relación a las dimensiones de personalidad patológica, esquemas, tipos de abuso y estrategias de afrontamiento se aplica la prueba U de Mann-Whitney, con un valor $p < 0.05$. Para la comparación de variables demográficas ordinales se ha aplicado la prueba de χ^2 .

2.4. Resultados

Las muestras de 91 pacientes tuvieron una edad media de 51.45 años (DE = 9.74), con edades comprendidas entre los 19 y los 74 años. La mayoría de las mujeres tuvieron estudios básicos y de bachillerato (73.7%). El 59.4% estaba en situación laboral de pensionista o era ama de casa. La mayoría de las pacientes (80.2%) habían recibido algún tratamiento individual y/o grupal antes de la evaluación. El 90.1% de las pacientes no habían requerido ninguna hospitalización psiquiátrica a lo largo de su vida. Los criterios de distimia según el SCID-I tuvieron una media y desviación estándar de 5.15 (1.08), siendo para el BDI de 16.46 (5.94) y para el HDRS de 17.96 (5.27) (tabla 24).

Tabla 24. Datos demográficos y de severidad clínica de la depresión

Edad (media) (DE)	51.45 (9.74)
Duración de la enfermedad (DE)	12.49 (8.80)
Nivel académico (%)	
Sin estudios	20.9
Primaria o secundaria	48.4
Bachillerato o formación profesional	25.3
Universidad	5.5
Empleo (%)	
Desempleo	24.2
Ama de casa	27.5
Pensionista	31.9
Empleado	16.5
Tratamiento psicológico previo (%)	
Terapia individual	70.3
Sin terapia	19.8
Terapia individual y grupal	5.5
Terapia grupal	4.4
Número de hospitalizaciones (%)	
Ninguna	90.1
1 hospitalización	8.8
2 hospitalizaciones	1.1
Puntuaciones en los cuestionarios de depresión	
SCID (media ± DE)	5.15 (1.08)
HDRS (media ± DE)	17.96 (5.27)
BDI (media ± DE)	16.46 (5.94)

2.4.1. Grupos de distimia en función de la personalidad según DAPP-BQ

Tras un análisis de *clúster* con las puntuaciones T de las 18 dimensiones del cuestionario se obtuvieron dos grupos (tabla 25 y gráfico 3). El primer grupo estuvo compuesto por el 64.83% (n=59) de las pacientes y el segundo grupo por el 35.17% (n=32) de las pacientes. Los dos grupos son estadísticamente diferentes en todas las dimensiones ($p < 0.05$), con la excepción de rechazo ($p = 0.164$). El grupo que incluyó a un mayor número de pacientes muestra puntuaciones en el rango de la normalidad en todas las dimensiones del DAPP-BQ, a excepción de la escala de problemas de identidad ($T=68.85$). Sin embargo, el grupo 2, muestra un perfil de patología de la personalidad con múltiples escalas a un nivel patológico cuando son comparadas con mujeres de la población normal. Se obtiene elevaciones por encima de una puntuación T de 65 en varias de las dimensiones del dominio de desregulación emocional. Así, en labilidad afectiva ($T=70.76$), ansiedad ($T=72.95$), sumisión ($T=73.37$), desregulación cognitiva ($T=80.65$), problemas de identidad ($T=81.04$), oposicionismo ($T=70.04$), evitación social o baja afiliación ($T=73.48$) y suspicacia ($T=71.88$). El resto de las elevaciones en el grupo 2 son en dimensiones del dominio de inhibición, concretamente en expresividad restringida ($T=66.44$) y problemas de intimidad ($T=66.87$). Autoagresión aparece con la mayor elevación de todo el perfil ($T=107.46$).

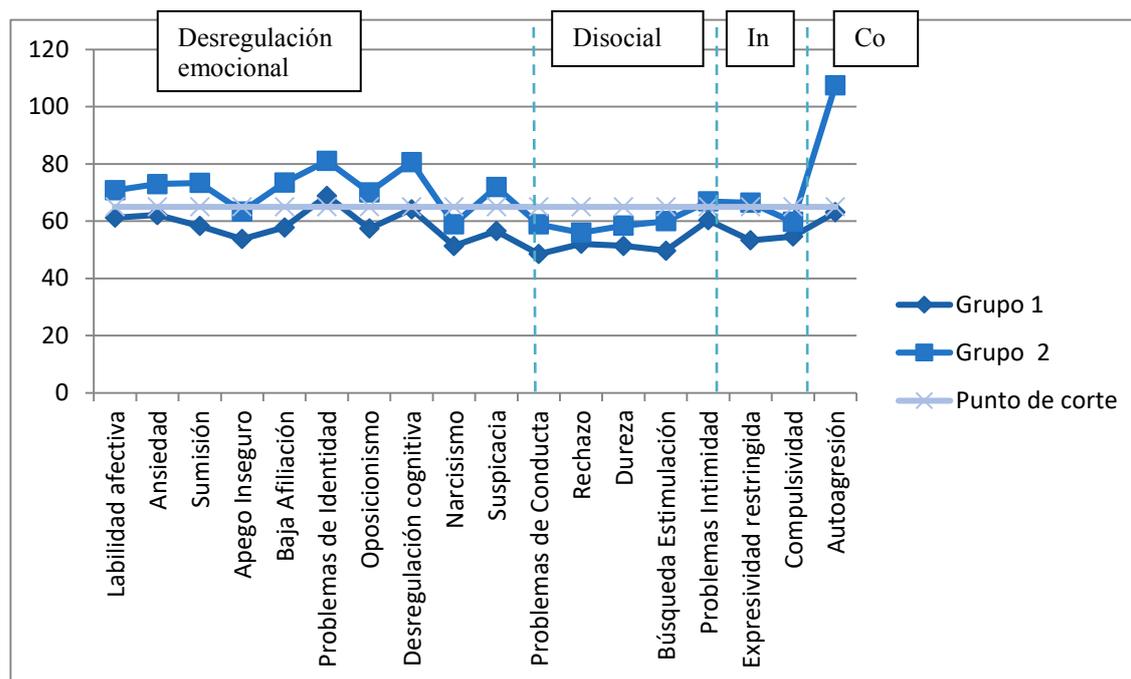
No hubo diferencias en los grupos en la edad ($U=844.5$, $p=0.408$), en el nivel académico ($\chi^2 = 5.80$; $p = 0.121$), situación laboral ($\chi^2 = 1.37$; $p = 0.712$), tratamiento psicológico previo ($\chi^2 = 1.06$; $p = 0.785$) y número de hospitalizaciones previas ($\chi^2 = 2.79$; $p = 0.247$). Aunque sin ser significativa la diferencia ($U = 716$; $p = 0.093$) hubo una mayor duración de la enfermedad en el grupo 2 ($M = 14.43$; $DE = 8.85$) que en el grupo 1 ($M = 11.40$; $DE = 8.65$).

Resultados

Tabla 25. Puntuaciones T según DAPP-BQ, de los grupos de distimia

DAPP-BQ	Grupo 1 (n = 59)	Grupo 2 (n = 32)	U Mann- Whitney	Z	p
	Media (DE)	Media (DE)			
Labilidad afectiva	61.19 (10.27)	70.76 (7.65)	446.5	-4.13	<0.001
Ansiedad	62.15 (10.34)	72.95 (6.54)	349	-4.94	<0.001
Sumisión	58.28 (11.96)	73.37 (11.61)	358	-4.87	<0.001
Apego Inseguro	53.76 (11.04)	63.35 (11.09)	494	-3.74	<0.001
Baja Afiliación	57.81 (10.70)	73.48 (9.94)	270	-5.60	<0.001
Problemas de Identidad	68.85 (11.28)	81.04 (7.09)	320	-5.19	<0.001
Oposicionismo	57.42 (12.01)	70.04 (9.53)	399	-4.53	<0.001
Desregulación cognitiva	64.17 (12.31)	80.65 (10.45)	286	-5.47	<0.001
Narcisismo	51.34 (10.57)	58.93 (11.80)	589.5	-2.94	0.003
Susplicacia	56.50 (10.92)	71.88 (12.18)	339	-5.03	<0.001
Problemas de Conducta	48.48 (6.69)	58.88 (11.98)	394.5	-4.58	<0.001
Rechazo	52.05 (10.67)	55.96 (14.11)	776.5	-1.39	0.164
Dureza	51.32 (10.34)	58.40 (12.53)	598	-2.87	<0.004
Búsqueda Estimulación	49.65 (9.25)	60 (10.75)	427	-4.30	<0.001
Problemas de Intimidad	60.30 (11.03)	66.87 (12.66)	646	-2.47	0.013
Expresión restringida	53.30 (10.01)	66.44 (12.09)	359	-4.86	<0.001
Compulsividad	54.62 (10.88)	59.78 (9.28)	695.5	-2.06	0.039
Autoagresión	63.07 (16.66)	107.46 (15.12)	65.5	-7.31	<0.001

Gráfico 3. Grupos de distimia según DAPP-BQ



In: Inhibición; Co: Compulsividad; Punto de corte: 65

2.4.2. Perfil de distimia en función de Hamilton y BDI

En la tabla 26 se muestran las puntuaciones en la Escala de depresión de Hamilton (HDRS) y el Inventario de depresión de Beck (BDI), en la muestra total de 91 pacientes y en los dos grupos. Las pacientes del grupo 2, tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que las del grupo 1 en HDRS y BDI, con una $p = 0.002$ y $p < 0.001$, respectivamente. Así, las puntuaciones en HDRS, están situadas en el nivel moderado en el grupo 1 (16.66 ± 4.54) y en el nivel grave en el grupo 2 (20.37 ± 5.57); si analizamos las puntuaciones en los índices de HDRS, se halla una diferencia estadísticamente significativa en melancolía, mayor en el grupo 2 (10.03 ± 3.14) respecto el grupo 1 (8.35 ± 2.22) ($p = 0.010$). Las puntuaciones en el BDI, también están situadas en el nivel moderado en el grupo 1 (14.28 ± 4.83) y en el nivel grave en el grupo 2 (20.46 ± 5.75). No hubo diferencias entre los grupos en el SCID ($p=0.077$).

Tabla 26. Puntuaciones T en Hamilton y BDI, de los grupos de distimia

	Total N=91		Grupo 1 N=59		Grupo 2 N=32		U Mann- Whitney	Z	p
	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md			
HDRS	17.96 (5.27)	18	16.66 (4.64)	17	20.37 (5.57)	21	574.5	-3.07	0.002
Melancolía	8.94 (2.69)	9	8.35 (2.22)	8	10.03 (3.14)	10	635.5	-2.58	0.010
Ansiedad	2.09 (0.83)	2	1.96 (0.87)	2	2.34 (0.70)	2	743	-1.83	0.066
Sueño	1.67 (1.43)	1	1.72 (1.44)	1	1.56 (1.43)	1.5	880	-0.54	0.586
BDI	16.46 (5.94)	17	14.28 (4.83)	15	20.46 (5.75)	21	314	-5.25	< 0.001

2.4.3. Perfil de distimia en función del maltrato en la infancia

Los resultados en los cinco tipos de maltrato evaluados mediante el CTQ en la muestra total de 86 pacientes (5 no completaron este cuestionario) y en los dos grupos se muestran en la tabla 27. Las pacientes del grupo 2 tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que las del grupo 1 en cuatro de los cinco tipos de maltrato. Así, abuso emocional (Md=15 [grupo 2]; Md=11 [grupo 1]; U=559.5, p=0.008), abuso físico (Md=9 [grupo 2]; Md=5 [grupo 1]; U=526.5, p=0.002), negligencia emocional (Md=16 [grupo 2]; Md=12 [grupo 1]; U=583.5, p=0.015) y negligencia física (Md =9 [grupo 2]; Md=6 [grupo 1]; U=525.5, p=0.003). Abuso y negligencia emocional tuvieron una intensidad del maltrato en el rango moderado-severo en el grupo 2.

Tabla 27. Tipos de maltrato y su relación con perfiles de distimia

Tipos de maltrato	Total N=86			Grupo 1 N=55		Grupo 2 N=31		U Mann- Whitney	Z	p
	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md				
Abuso emocional	12.86 (5.70)	13 (Mo-S)	11.51 (5.07)	11 (B-Mo)	15.26 (6.04)	15 (Mo-S)	559.5	2.64	0.008	
Abuso físico	8.53 (4.84)	6.5 (N-Mi)	7.49 (4.11)	5 (N-Mi)	10.39 (5.52)	9 (B-Mo)	526.5	-3.05	0.002	
Abuso sexual	7.72 (4.11)	5 (N-Mi)	7.25 (3.82)	5 (N-Mi)	8.55 (4.54)	6 (B-Mo)	715.5	-1.34	0.180	
Negligencia emocional	13.17 (5.60)	13 (B-Mo)	12.04 (5.48)	12 (B-Mo)	15.19 (5.29)	16 (Mo-S)	583.5	-2.42	0.015	
Negligencia física	8.44 (4.01)	7 (N-Mi)	7.53 (3.25)	6 (N-Mi)	10.06 (4.73)	9 (B-Mo)	525.5	-2.98	0.003	
CTQ total	50.73 (18.53)	48.5	45.81 (15.46)	44	59.45 (20.49)	55	533	-2.87	0.004	

N-Mi: Nada/Mínimo; B-Mo: Bajo/Moderado; Mo-S: Moderado/Severo.

2.4.4. Perfil de distimia en función de esquemas desadaptativos tempranos

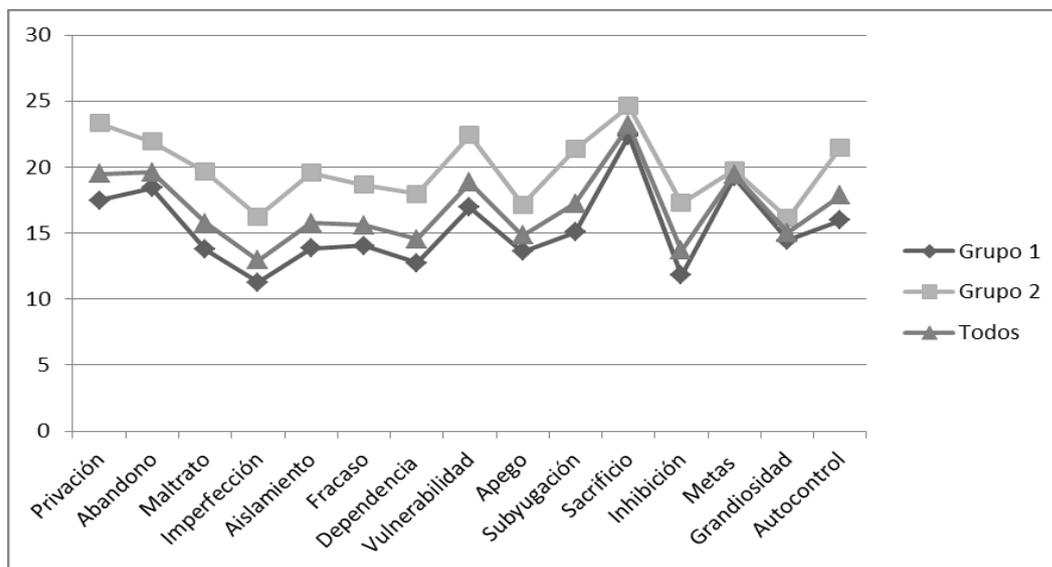
Los resultados en los 15 esquemas desadaptativos tempranos, en la muestra total de 86 pacientes (5 no completaron este cuestionario) y en los dos grupos se muestran en la tabla 28 y gráfico 4. Las pacientes del grupo 2 tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que las del grupo 1 en todos los dominios de esquemas excepto en metas y grandiosidad. Así, en el grupo 2, privación emocional (Md=24 [grupo 2]; Md= 18.5 [grupo 1]; U=392.5, $p < 0.001$), abandono (Md=23 [grupo 2]; Md=18 [grupo 1]; U=572.5, $p=0.026$), maltrato (Md =20 [grupo 2]; Md=13 [grupo 1]; U=375, $p < 0.001$), imperfección (Md=17 [grupo 2]; Md=10.5 [grupo 1]; U=442.5, $p=0.001$), aislamiento (Md=20 [grupo 2]; Md = 13 [grupo 1]; U = 401 , $p = < 0.001$), fracaso (Md=19 [grupo 2]; Md= 13.5 [grupo 1]; U=464, $p = < 0.001$), dependencia (Md=18 [grupo 2]; Md=13 [grupo 1]; U=366, $p < 0.001$), vulnerabilidad al peligro (Md=24 [grupo 2]; Md=17 [grupo 1]; U=364, $p < 0.001$), apego confuso (Md=18 [grupo 2]; Md=13.5 [grupo 1]; U=563, $p=0.021$), subyugación (Md=21 [grupo 2]; Md=15 [grupo 1]; U=359, $p < 0.001$), sacrificio (Md= 26 [grupo 2]; Md=23 [grupo 1]; U=552 , $p=0.016$), inhibición (Md=17 [grupo 2]; Md=11.5 [grupo 1]; U=461.5, $p = 0.001$), autocontrol (Md= 22 [grupo 2]; Md=16 [grupo 1]; U=383, $p = < 0.001$).

Tabla 28. Esquemas Maladaptativos Tempranos y su relación con perfiles de distimia

Tipos de maltrato	Total N=85		Grupo 1 N=56		Grupo 2 N=29		U Mann-Whitney	Z	p
	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md			
Privación	19.48 (6.77)	21	17.5 (6.38)	18.5	23.31 (5.31)	24	392.5	-3.89	<0.001
Abandono	19.63 (6.46)	19	18.44 (6.14)	18	21.93 (6.54)	23	572.5	-2.22	0.026
Maltrato	15.76 (5.90)	15	13.75 (4.98)	13	19.65 (5.65)	20	375	-4.06	<0.001
Imperfeción	12.96 (5.79)	12	11.26 (4.51)	10.5	16.24 (6.62)	17	442.5	-3.43	0.001
Aislamiento	15.78 (6.45)	14	13.83 (5.71)	13	19.55 (6.21)	20	401	-3.81	<0.001
Fracaso	15.62 (6.70)	15	14.05 (6.39)	13.5	18.65 (6.33)	19	464	-3.23	<0.001
Dependencia	14.54 (5.44)	14	12.76 (4.71)	13	17.96 (5.17)	18	366	-4.14	<0.001
Vulnerabilidad	18.82 (5.81)	19	16.96 (5.27)	17	22.41 (5.16)	24	364	-4.16	<0.001
Apego	14.83 (6.03)	15	13.62 (5.34)	13.5	17.17 (6.68)	18	563	-2.31	0.021
Subyugación	17.22 (6.45)	17	15.07 (5.99)	15	21.37 (5.21)	21	359	-4.20	<0.001
Sacrificio	23.15 (5.37)	24	22.37 (5.23)	23	24.65 (5.41)	26	552	-2.41	0.016
Inhibición	13.68 (6.53)	13	11.82 (5.22)	11.5	17.27 (7.35)	17	461.5	-3.25	0.001
Metas	19.43 (4.89)	19	19.25 (4.46)	19	19.79 (5.68)	19	743.5	-0.63	0.524
Grandiosidad	15.04 (5.90)	14	14.48 (5.02)	14.5	16.13 (7.28)	14	714	-0.91	0.363
Autocontrol	17.85 (5.75)	18	15.98 (5.13)	16	21.48 (5.17)	22	383	-3.98	<0.001

Resultados

Gráfico 4. Esquemas Maladaptativos Tempranos y su relación con los perfiles de distimia



2.4.5. Perfil de distimia en función de estrategias de afrontamiento

Los resultados en los 14 tipos de afrontamiento según la COPE en la sub-muestra de 57 pacientes y en los dos grupos se muestran en la tabla 29. Las pacientes del grupo 2, respecto al grupo 1, tuvieron puntuaciones clínicamente más elevadas en negación (Md=5 [grupo 2]; Md=4 [grupo 1]; U=233, p=0.015) y autocrítica (Md=7 [grupo 2]; Md=6 [grupo 1]; U=204.5, p=0.003). Los resultados cuando agrupamos las estrategias de afrontamiento en función de activo/pasivo y cognitivo/emocional/conductual mostró una mayor puntuación en el grupo 2 en relación al grupo 1 únicamente en afrontamiento cognitivo pasivo (Md=19 [grupo 2]; Md=17 [grupo 1]; U=202.5, p=0.004) (tabla 30 y gráfico 5). Por su parte el grupo 2 en relación al grupo 1 puntuó significativamente más en afrontamiento emocional (Md=26 [grupo 2]; Md=23 [grupo 1]; U=204, p=0.004) (tabla 30 y gráfico 6).

Tabla 29. Tipos de afrontamiento en los grupos de distimia

Tipos de afrontamiento	Total N=57		Grupo 1 N=36		Grupo 2 N=21		U Mann-Whitney	Z	p
	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md			
Autodistracción	4.94 (1.50)	5	4.96 (1.31)	5	5 (1.81)	5	372.5	-0.09	0.926
Afr. Activo	4.85 (1.35)	5	5.02 (1.20)	5	4.57 (1.56)	5	310.5	-1.14	0.253
Negación	4.28 (1.77)	4	3.80 (1.48)	4	5.09 (1.94)	5	233	-2.43	0.015
Drogas	2.54 (1.33)	2	2.33 (0.92)	2	2.90 (1.81)	2	334	-1.09	0.272
Afr. Social em.	4.56 (1.79)	4	4.83 (1.71)	4	4.09 (1.86)	4	290	-1.49	0.136
Afr. Social Inst.	5 (1.58)	5	5.05 (1.47)	5	4.90 (1.78)	5	350.5	-0.46	0.642
Desconexión	3.94 (1.50)	4	3.83 (1.38)	4	4.14 (1.71)	4	336	-0.72	0.471
Desahogo	4.80 (1.61)	5	4.75 (1.55)	4	4.90 (1.75)	5	354	-0.40	0.686
Reinterpr. Positiva	4.35 (1.62)	4	4.58 (1.50)	4	3.95 (1.77)	3	276.5	-1.72	0.085
Planificación	5.08 (1.40)	5	5.08 (1.27)	5	5.09 (1.64)	5	363	0.79	0.799
Humor	2.82 (1.35)	2	2.94 (1.43)	2	2.61 (1.20)	2	327.5	-0.96	0.333
Aceptación	4.98 (1.36)	5	5.13 (1.39)	5	4.71 (1.30)	5	329	-0.83	0.406
Religión	4.61 (2.12)	4	4.47 (2.09)	4	4.85 (2.22)	5	341	-0.62	0.534
Auto crítica	5.98 (1.69)	6	5.50 (1.68)	6	6.80 (1.40)	7	204.5	-2.92	0.003

Grafico 5. Dimensiones de afrontamiento en los grupos de distimia

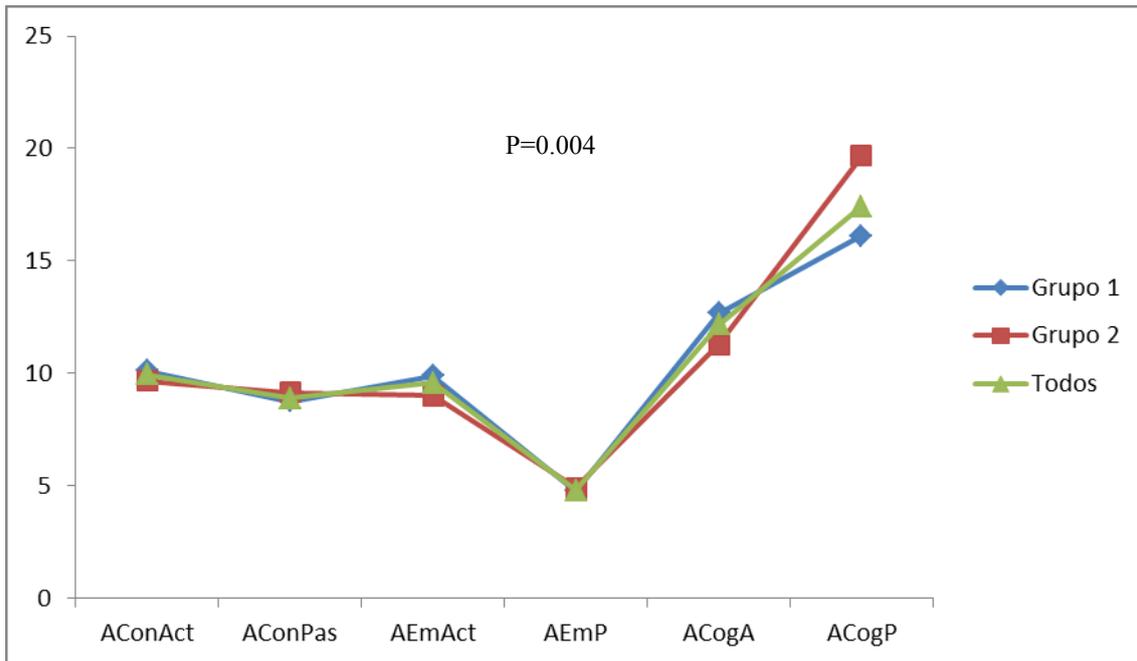


Tabla 30. Dimensiones de afrontamiento en los grupos de distimia

Tipos afrontamiento	Total N=57		Grupo 1 N=36		Grupo 2 N=21		U Mann-Whitney	Z	p
	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md			
Conductual Activo	9.94 (2.19)	10	10.11 (1.87)	10	9.66 (2.68)	9	327	-0.85	0.394
Conductual Pasivo	8.89 (2.02)	9	8.75 (1.96)	8	9.14 (2.15)	9	331.5	-0.78	0.434
Emocional Activo	9.56 (3.10)	9	9.88 (2.94)	9	9 (3.36)	9	320	-0.96	0.332
Emocional Pasivo	4.80 (1.61)	5	4.75 (1.55)	4	4.90 (1.75)	5	354	-0.40	0.686
Cognitivo Activo	12.15 (3.17)	11	12.66 (3.12)	12	11.28 (3.14)	11	280	-1.63	0.102
Cognitivo Pasivo	17.42 (4.19)	17	16.11 (3.33)	17	19.66 (4.61)	19	202.5	-2.91	0.004
AFP	28.84 (5.69)	28	29.72 (5.55)	28	27.33 (5.73)	28	307	-1.17	0.239
AFE	23.96 (4.37)	24	22.80 (3.94)	23	25.95 (4.45)	26	204	-2.88	0.004

AFP: Afrontamiento focalizado en el problema; AFE: Afrontamiento focalizado en la emoción.

Resultados

Gráfico 6. Afrontamiento focalizado en el problema (AFP) y afrontamiento focalizado en la emoción (AFE), en los grupos de distimia

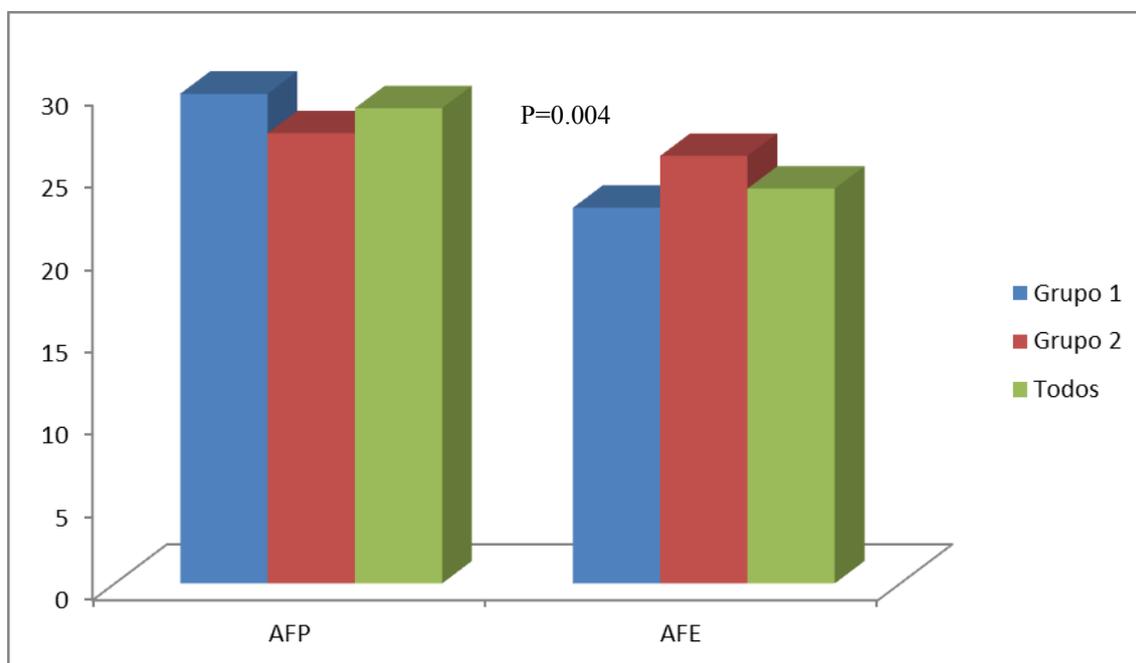


Tabla 31. Resumen de resultados perfiles de distimia

Grupo 1	Grupo 2
Sintomatología depresiva	
Depresión HDRS y BDI (Moderada)	Depresión HDRS y BDI (Grave) Melancolía ↑ Sueño ↑
Patología de la Personalidad (DAPP-BQ) (según población general).	
Problemas de identidad	Labilidad afectiva Ansiedad Sumisión Baja afiliación Problemas de identidad Oposicionismo Desregulación cognitiva Suspiciacia Problema de intimidad Expresividad restringida Autoagresión
Maltrato en la infancia (CTQ)	
	Abuso emocional (moderado a severo) Negligencia emocional (moderado a severo) Maltrato general ↑
Esquema maladaptativos tempranos (YSQ)	
	Privación Abandono Maltrato Imperfección Aislamiento Fracaso Dependencia Vulnerabilidad Apego Subyugación Sacrificio Inhibición Autocontrol
Estrategias de afrontamiento COPE	
	Negación, autocrítica, afrontamiento cognitivo pasivo, afrontamiento focalizado en emoción.

2.5. Discusión del estudio 1

2.5.1. Perfiles de distimia según el DAPP-BQ

Este estudio es el primero en obtener subtipos de pacientes con distimia según el cuestionario de patología de la personalidad de Livesley. Nuestros resultados muestran que hay dos tipos de pacientes con distimia que se diferencian según el modelo del DAPP-BQ. Un grupo con casi dos tercios de la muestra (64.83%) no tenía rasgos de personalidad patológicos, con la excepción de los problemas de identidad. El grupo 2, con una notable patología de la personalidad, mostró puntuaciones significativamente más altas en los dominios de desregulación emocional (concretamente en los rasgos de desregulación cognitiva, problemas de identidad, ansiedad, oposicionismo, sumisión, labilidad afectiva, baja afiliación y suspicacia) e inhibición social (concretamente en los rasgos de problemas de intimidad y expresión restringida), que el grupo 1.

Según el modelo *Big Five* (McCrae & Costa, 1987), la desregulación emocional se ha relacionado con neuroticismo, mientras que la evitación social se ha asociado con introversión (Schroeder, Wormworth, & Livesley, 1992). En este sentido, nuestros resultados implicarían un patrón de asociaciones similar al obtenido previamente en pacientes con depresión crónica, en el que se obtuvo una alta emocionalidad negativa y una baja extroversión (Kotov et al., 2010).

En el modelo de Livesley, una puntuación elevada en desregulación emocional implica tendencias inestables y reactivas, insatisfacción con el ego y con las experiencias de la vida, así como problemas interpersonales. Emocionalidad Negativa / Neuroticismo ha estado involucrado en la generación de eventos estresantes de la vida (Kercher, Rapee, & Schniering, 2009; Lahey, 2009; Middeldorp, Cath, Beem, Willemsen, & Boomsma, 2008), lo que sugiere una relación ambientalmente mediada entre este rasgo de

Discusión del estudio 1

personalidad y la depresión. Según Watson, Gamez y Simms (2005), neuroticismo se asocia más con una medida de afecto depresivo, que con escalas que miden anergia, trastornos del sueño o falta de apetito correspondientes a los síntomas de la depresión y, por lo tanto, con una mayor participación en síntomas basados en angustia subjetiva y la disforia. Esta dimensión de desregulación emocional tiene relaciones recíprocas con una gama de experiencias vitales significativas, como la iniciación y ruptura de una relación comprometida, la calidad de las relaciones interpersonales, el logro ocupacional y la seguridad financiera (Neyer & Lehnart, 2007; Scollon & Diener, 2006). Sin embargo, en el modelo de Livesley, la desregulación emocional mantiene el contenido clínico de la psicopatología general representada como angustia generalizada (Livesley et al., 1992). Este factor se basa en aspectos que describen un trastorno del autoconcepto con reducida capacidad de identificar fuentes de placer y satisfacción (Livesley, Jackson & Schroeder, 1989).

Si dejamos fuera la puntuación elevada en autolesión, dos escalas con puntuaciones T superiores a 80 estaban bajo el dominio de desregulación emocional, como son problemas de identidad y desregulación cognitiva. La desregulación cognitiva implica una alteración del pensamiento con confusión e incluso desorganización en situaciones estresantes, en las que pueden aparecer sensaciones de despersonalización o desrealización. La puntuación más elevada en esa escala puede suponer un aprendizaje de cogniciones disfuncionales en la infancia, en un entorno familiar con abuso, que predispone a un estilo depresógeno (Stange, Hamlat, Hamilton, Abramson, & Alloy, 2013). Jang, Lam, Harris, Vernon y Livesley (1998) encontraron que las distorsiones cognitivas de DAPP-BQ fueron los mejores predictores de depresión. Por otro lado, obtuvimos una puntuación patológica en problemas de identidad en los dos grupos, lo que implica una autoimagen y autoconcepto inestable, anhedonia, con sentimientos

Discusión del estudio 1

crónicos de vacío, sentimientos intensos de desesperanza sobre el futuro en los que se acentúan los sucesos, experiencias y creencias negativas. Las puntuaciones elevadas en esta escala podrían ser similares al concepto de inestabilidad afectiva, con una predisposición a cambios notables y rápidamente reversibles de estados afectivos, extremadamente sensibles a eventos significativos en el ambiente (Siever & Davis, 1991).

Dos rasgos puntúan alto en el Grupo 2, la sumisión y la oposición, los cuales podrían considerarse dos variables opuestas. Sin embargo, estas dimensiones aparecen en el modelo de Livesley, en el mismo factor, el de la desregulación emocional. La oposición estaría mostrando un patrón en la esfera del comportamiento implicando desorganización, con dificultades en la planificación y realización de las actividades rutinarias con indecisión, la resistencia a los requisitos de rendimiento satisfactorio y el incumplimiento de las expectativas de los demás. Por otro lado, la sumisión implicaría un aspecto más intrapsíquico en el que habría una subordinación interpersonal de las propias necesidades a las necesidades de los demás, sometiéndose a abusos e intimidaciones para preservar las relaciones. Nuestros resultados dan soporte al estudio meta-analítico de Bird, Tarsia y Schwannauer (2018), en el cual se concluye que los individuos con depresión crónica tienen un estilo interpersonal más hostil y sumiso, respecto a los sujetos con TDM.

En el grupo 2, la puntuación elevada en el rasgo de ansiedad demuestra aspectos de preocupación por la tensión, al tiempo que reflexión sobre las experiencias negativas. Este resultado implica una cierta incapacidad para mantener la atención fuera de las experiencias dolorosas y los sentimientos permanentes de culpa, que podrían estar conectados con las consecuencias del abuso infantil (Goldsmith, Chesney, Heath, & Barlow, 2013), así como con el estado depresivo. Los estudios demuestran que la

Discusión del estudio 1

comorbilidad elevada de la ansiedad con distimia en un 20-40% de los casos (Kessler, 1997; Pini et al., 1997; Sanderson et al., 1990; Versiani & Nardi, 1997) estaría indicando una mayor asociación de este estado con la distimia que con la depresión mayor (Klein et al., 2000). Del mismo modo se ha reconocido que los rasgos de ansiedad complican el curso y la respuesta al tratamiento en el trastorno distímico (Haykal & Akiskal, 1999).

En el grupo 2, las puntuaciones elevadas en el dominio de inhibición social, como la expresividad restringida, implican una reacción inhibida en circunstancias de activación emocional. Este estilo de personalidad se ve confirmado por las puntuaciones elevadas en baja afiliación y problemas de identidad, siendo interpersonalmente distantes, con escasas habilidades sociales y con desapego interpersonal. Los problemas de inhibición en las relaciones sociales se pueden describir como una consecuencia del estado de ánimo sub-depresivo crónico. Sin embargo, en un patrón de distimia basado en la adversidad temprana, como es el caso de los pacientes en el Grupo 2, el aislamiento social y la ruptura interpersonal podrían ser una reacción secundaria a experiencias frecuentes de indefensión, ineficacia o abandono emocional, como lo sugiere Benjamin y Karpiak (2001). Safran y Segal (1994) enfatiza el contexto interpersonal en el desarrollo y la duración de la depresión. Por lo tanto, las experiencias adversas pueden provocar una representación de esquemas cognitivos interpersonales que predisponen la autopercepción del sujeto y la percepción de los demás, anticipando las consecuencias negativas de las interacciones.

Tomando los resultados del perfil del grupo 2 en su conjunto, se puede concluir que las puntuaciones elevadas simultáneamente en los rasgos de desregulación emocional e inhibición social caracterizan el subtipo de distimia con mayor patología de la personalidad. Según diversos autores, el dominio de desregulación emocional tiene

Discusión del estudio 1

relación con la personalidad depresiva, evitativa y dependiente (Bagge & Trull, 2003; Pukrop, Gentil, Steinbring, & Steinmeyer, 2001).

Otra puntuación muy elevada en el grupo 2 fue obtenida en auto-lesión, escala que refleja en el DAPP-BQ los pensamientos e intentos de suicidio comunes en la depresión, característica de los pacientes con depresión persistente y que se ha encontrado patognomónica del trastorno en otro estudio previo (Watson, Kotov, & Gamez, 2006). Este resultado acentúa la gravedad de la sintomatología del grupo 2. Resulta relevante en este aspecto, que en el grupo 2, la puntuación en la Escala de Depresión de Hamilton y la de Beck están en el rango que bordea la depresión mayor.

Aunque en nuestro estudio no se midió el estrés, la mayoría de los aspectos que definen la patología de la personalidad en el Grupo 2 son factores de vulnerabilidad al estrés interpersonal, con una reactividad emocional excesiva a los eventos. Este grupo de pacientes podría incluirse en el patrón de personalidad de la sociotrofia / dependencia, descrita por varios autores (Beck & Worland, 1983; Hirschfeld, Klerman, & Gough, 1977) en el que las personas buscan establecer relaciones interpersonales para reforzar la baja autoestima y con una propensión a la depresión cuando las relaciones finalizan o fracasan.

Los resultados de nuestro estudio están de acuerdo con la clasificación de Akiskal (1983) en el sentido de que la distimia subafectiva se corresponde con el Grupo 1, con características de menor gravedad, con afectación emocional y del estado de ánimo. La distimia caracterial se corresponde con el Grupo 2, una distimia con mayor gravedad, con afectación crónica de la personalidad. El primer grupo en Akishal tendría mejor respuesta a las intervenciones terapéuticas que el segundo.

2.5.2. Perfiles de distimia y maltrato en la infancia.

Los dos tipos de pacientes con distimia se distinguen en los antecedentes de maltrato en la infancia, lo que corrobora el estudio de Heim, Newport, Mletzko, Miller y Nemeroff (2008) en el que hallaron que no todas las depresiones están relacionadas con el trauma en la infancia. Aunque no hemos evaluado variables biológicas, nuestros resultados podrían implicar la existencia de subtipos biológicamente diferenciados de depresión en función del trauma infantil, con respuesta diferente a los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. Se requieren estudios prospectivos para poder evaluar adecuadamente la relación temporal entre las experiencias adversas en la infancia, la depresión en la edad adulta y los supuestos mediadores neurobiológicos (Liu et al., 2012).

En nuestro estudio los pacientes con mayor patología de personalidad habrían sufrido un trauma importante en la infancia, lo que los hace más vulnerables a las experiencias negativas. La mayor afectación de la personalidad en los pacientes con mayor proporción de abusos en la infancia, puede ser debido a dificultades en la regulación de los afectos. Esta dificultad se asocia tanto con los trastornos relacionados con el trauma como con los trastornos de la personalidad (van Dijke et al., 2011; Wolfson & Zlotnick, 2001). El aprendizaje en la regulación emocional se desarrolla a través de interacciones con los padres y otros adultos de apoyo, los cuales van modelando la expresión emocional apropiada en los niños (Bariola et al., 2011; Parke, 1994). Podemos concluir que el abuso emocional se relaciona con el déficit en la regulación de las emociones en los niños y adultos, aumentando la sensibilidad a situaciones de estrés social. Por ello, la detección precoz de las adversidades en la infancia, a través de un adecuado cribado, puede facilitar la intervención antes de que las adversidades asuman

Discusión del estudio 1

un curso crónico y por tanto, más nocivo (Nanni et al., 2012).

El Grupo 2 obtuvo una puntuación más alta en el abuso físico y emocional, así como en la negligencia física y emocional. En el Grupo 2, las puntuaciones en los cinco tipos de abuso estuvieron en el rango de “bajo a moderado” o de "moderado a severo", mientras que el Grupo 1 variaron de “nada a mínimo” o de "bajo a moderado" según los baremos de Bernstein y Fink (1998). En el grupo con una patología importante de la personalidad el sistema interpersonal o relacional (incluye el trauma emocional y la negligencia emocional) es el que reportó más abuso infantil. Esto concuerda con otros estudios en los que la adversidad en la infancia influye en el funcionamiento interpersonal en la adultez (DiLillo, Damashek, & Peterson, 2001) y en la manifestación de la depresión (Chapman et al., 2004; Dougherty, Klein, & Davila, 2004; Felitti et al., 1998; Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1993; Kendler et al., 2004; McCauley et al., 1997; Nelson et al., 2002). En la misma línea, nuestros resultados, con un mayor maltrato en el grupo 2 y una mayor duración de la enfermedad apoyan la idea de que las experiencias traumáticas múltiples tienen un impacto en la cronicidad y en la gravedad de la depresión, tal como concluyeron Widom, DuMont y Czaja (2007) y Wiersma et al.(2011) en sus estudios.

Así pues, el trauma interpersonal tiene la asociación más fuerte con el desarrollo de la depresión (Kaplow & Widom, 2007; Kendler, Gardner, & Prescott, 2002; Kendler et al., 2004) y las cogniciones depresivas (Lumley & Harkness, 2009; Mannarino, Cohen, & Berman, 2005). Estas cogniciones depresivas, a su vez, afectan directamente a la persona en forma de crítica verbal, de humillación o rechazo, siendo un factor de vulnerabilidad (diátesis) en el inicio y la cronicidad de la depresión.

2.5.3. Perfiles de distimia, esquemas y antecedentes de maltrato en la infancia

Los resultados en nuestro estudio, reflejan que los pacientes con mayor patología de la personalidad (grupo 2), obtienen puntuaciones más elevadas en todos los dominios de esquemas, excepto en metas y grandiosidad, respecto al grupo 1. Este hallazgo es similar a los resultados del estudio de Riso et al. (2003), en el que los pacientes crónicamente deprimidos tuvieron puntuaciones superiores en todos los dominios de esquemas, en comparación con los pacientes con depresión no crónica.

En nuestro estudio, los pacientes con mayor gravedad en patología de la personalidad son los que tienen mayor disfuncionalidad en los esquemas y mayor gravedad en la clínica depresiva, medida con la escala de depresión de Hamilton y Beck. Así, podemos concluir que los EMT se asocian con la sintomatología depresiva (Lumley & Harkness, 2007; Renner et al., 2012; Riso, Maddux, & Santorelli, 2007; Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2011).

Cuando analizamos las puntuaciones en los esquemas de cada dominio hallamos que en el grupo 2 las puntuaciones son más elevadas que las del grupo 1, concretamente en el dominio de rechazo y autonomía. El dominio de rechazo hace referencia a la expectativa de que las propias necesidades de seguridad, protección, estabilidad, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto no serán satisfechas de un modo previsible. Igualmente, la relación con la familia de origen es distante, fría, reservada, con tendencia al rechazo, solitaria, explosiva, imprevisible o abusiva (Young et al., 2003). Según Bosmans, Braet y Van Vlierberghe (2010) y Roelofs, Lee, Ruijten y Lobbestael (2011), el esquema de desconexión-rechazo es el más prevalente en pacientes deprimidos con antecedentes de trauma en la infancia. El dominio de autonomía hace referencia a la deficiencia en los límites internos, responsabilidad hacia

Discusión del estudio 1

los demás u orientación a largo plazo de los objetivos; conduce a dificultades para respetar los derechos ajenos, para cooperar con los demás, para adquirir compromisos o para establecer y satisfacer objetivos personales realistas; la familia típica de origen es problemática, debilita la confianza del niño, es sobreprotectora o no refuerza al niño para que actúe competentemente fuera de la familia (Young et al., 2003). En el estudio de Saritaş y Gençöz (2015), la autonomía deteriorada, pero no el principio de desconexión-rechazo, mediaba la relación entre el abuso emocional materno y los síntomas depresivos.

También hallamos que la mayor exposición a trauma en la infancia en el grupo 2 se relaciona con la mayor gravedad de los EMT. Nuestros resultados están en concordancia con los hallazgos de Lumley y Harkness (2007) y Mannarino et al. (2005). También Young y colaboradores (2003), plantearon que las experiencias de maltrato en la infancia dan lugar al desarrollo temprano de esquemas maladaptativos.

La relación entre el maltrato y los EMT ha llevado a muchos investigadores al análisis de los estilos de crianza, concluyendo una asociación entre crianza aversiva y depresión y entre crianza aversiva y esquemas. Así, Ekins y Heckler (2011), concluyeron que la baja calidez/aceptación y apoyo de los padres, el rechazo de los padres y la parentalidad controladora/sobreprotectora se asociaron significativamente con la depresión. También existe un vínculo bien establecido entre los estilos de crianza aversivos y los esquemas maladaptativos tempranos, tanto en el esquema individual como en el nivel de dominio de esquema (Calvete, Orue, & González-Diez, 2013; Cockram, Drummond, & Lee, 2010; McCarthy & Lumley, 2012; Thimm, 2010). Varios estudios transversales han encontrado asociaciones significativas entre el maltrato perpetrado por padres y los EMT (Calvete, Orue, & Hankin, 2013; Carr & Francis, 2010; McCarthy & Lumley, 2012; Muris, 2006; Thimm, 2010; Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009). En el

Discusión del estudio 1

estudio de Haugh et al. (2017) hallaron asociaciones significativamente positivas entre los 3 estilos de crianza (emocionalmente privados, menospreciados y sobreprotectores), 2 dominios de EMT y las puntuaciones del BDI-II. Así, la crianza privada de nutrición emocional se correlacionó fuertemente con los dominio de desconexión-rechazo, y la crianza sobreprotectora se correlacionó más fuertemente con el dominio de deterioro en autonomía y ejecución (Haugh et al., 2017). Por tanto, los estilos parentales, caracterizados por el rechazo, la baja calidez y la sobreprotección (relacionados con el dominio de rechazo y autonomía) son lo más predictivos de la sintomatología depresiva (Avagianou & Zafiropoulou, 2008; Haugh et al., 2017; McLeod, Weisz, & Wood, 2007). El temperamento del niño interacciona con las experiencias adversas de la infancia en el desarrollo de los esquemas, concretamente dos rasgos de temperamento, el neuroticismo o afecto negativo e introversión o bajo afecto positivo, pueden ejercer un papel relevante en el desarrollo de los trastornos psicológicos (Anderson et al., 2010; Chorpita et al., 2000), especialmente la depresión. En nuestro estudio, en el grupo 2, la puntuación elevada en desregulación emocional se relaciona con el dominio de desconexión rechazo y la puntuación elevada en inhibición social se relaciona con introversión, que son los dos rasgos más relacionados en la literatura con el inicio y el curso crónico de la patología depresiva.

Analizando los resultados en el grupo 1, el menos grave, las puntuaciones más elevadas en los EMT, se encuentran en el dominio de necesidad de los demás, concretamente en auto sacrificio y subyugación. Dicho dominio hace referencia a dar excesiva importancia a los deseos, sentimientos y respuestas de los demás a costa de las propias necesidades, a fin de obtener amor y aprobación, mantener la propia sensación de unión con los demás o evitar las represalias; normalmente conlleva la supresión o falta de consciencia relativa a la propia ira e inclinaciones naturales. La familia típica de origen

Discusión del estudio 1

se basa en que los niños deben suprimir los aspectos importantes de sí mismos a fin de obtener el amor, la atención y la aprobación; en muchas de estas familias, las necesidades y deseos emocionales de los padres o la aceptación y el estatus social son más valorados que las necesidades y sentimientos únicos de cada niño (Young et al., 2003). Éste dominio se relaciona en nuestro estudio con los problemas de identidad, caracterizados por la anhedonia, sentimientos crónicos de vacío, autoconcepto lábil y pesimismo. Tal y como concluyeron en el estudio de Calvete et al. (2005) los esquemas de fracaso, deficiencia / vergüenza y de sacrificio se asociaron con la gravedad de los síntomas depresivos. Según Lumley y Harkness (2007), el autosacrificio, junto con el aislamiento social, pueden facilitar la depresión, al sentirse los sujetos solos y alejados del mundo, pero al mismo tiempo no siendo capaces de atender a las necesidades emocionales de uno mismo, debido a una tendencia a anteponer las necesidades de los demás.

En el estudio de Lumley y Harkness (2007), concluyeron la relación entre las formas particulares de adversidad infantil con los EMT y los perfiles de síntomas. Así, esquemas de inutilidad y pérdida (tal como deprivación emocional, dependencia, aislamiento social, fracaso y autosacrificio) se relacionaron con los síntomas de anhedonia, mientras que los esquemas de peligro (tal como abandono, desconfianza y vulnerabilidad), mediaron la relación entre la adversidad y los síntomas ansiosos. En nuestro estudio, el grupo 2, obtiene un perfil de cogniciones relacionadas con la ansiedad y anhedonia, mientras que el grupo 1 obtiene un perfil solamente en anhedonia. Estos resultados son indicativos de la mayor disfuncionalidad cognitiva en el grupo 2, respecto el 1. Por ejemplo, cogniciones ansiosas en el grupo 2 son “algo terrible va a suceder”, “me preocupa que me ataquen”, “estoy seguro que me abandonarán”; y cogniciones depresivas en el grupo 1 y 2, son, “durante gran parte de

Discusión del estudio 1

mi vida, no he sentido que sea especial para alguien” y “en general las personas no han estado ahí para brindarme calidez y afecto”. Estos resultados se corresponden con mayor patología de la personalidad en el grupo 2, en el dominio de desregulación emocional (desregulación cognitiva), altamente relacionados con la ansiedad y las cogniciones disfuncionales en situaciones de estrés. Mientras que en el grupo 1, la mayor afectación de la personalidad es en problemas de identidad. Nuestros resultados son consistentes con la hipótesis de la especificidad del contenido de Beck (1976) y Beck y Young (1985), en referencia a que el contenido del procesamiento cognitivo distorsionado influye en la presentación del cuadro clínico afectivo, con características más ansiosas y/o más depresivas.

2.5.4. Perfil de distimia, estrategias de afrontamiento y antecedentes de maltrato en la infancia

El grupo 2 mostró un estilo de afrontamiento emocional y cognitivo pasivo. Éste grupo, a diferencia del grupo 1, se caracteriza por percibir el estresor como incontrolable, de manera que utilizan de forma predominante las estrategias de afrontamiento emocional (Folkman & Lazarus, 1980).

Los pacientes distímicos más graves de nuestro estudio (grupo 2), también obtienen puntuaciones clínicamente más elevadas, respecto al grupo 1, en afrontamiento basado en la autocrítica y la negación. La autocrítica, es la estrategia basada en la auto-inculpación por la ocurrencia de la situación estresante o el manejo inadecuado. Dicho estilo de afrontamiento emocional podrían relacionarse con la sensibilidad a los estresores crónicos de la distimia atípica (Dougherty et al., 2004; Kendler et al., 2004), el rasgo de neuroticismo (Glaser, van Os, Portegijs, & Myin-Germeys, 2006); perfeccionismo (Huprich et al., 2008), la rumiación (Guhn, Sterzer, Haack, & Köhler,

Discusión del estudio 1

2018), sensibilidad al rechazo (Ravindran et al., 2002) y la carencia de habilidades necesarias para hacer frente a la tensión continua (McCullough et al., 1994; Ravindran et al., 1995). Nuestros resultados están en concordancia con el estudio de Matheson y Anisman (2003), en el que la culpa era una de las estrategias emocionales típicas de los pacientes depresivos. Esta estrategia se vincula en nuestro estudio con puntuaciones elevadas en el dominio de desregulación emocional, especialmente en desregulación cognitiva, problemas de identidad y ansiedad.

La otra estrategia de afrontamiento característica del grupo 2 es la negación de la realidad del suceso estresante. Esta estrategia puede relacionarse con déficit en la empatía afectiva (Domes et al., 2016) y cognitiva (Mattern et al., 2015) ante situaciones que impliquen activación emocional. Se vincula en nuestro estudio, con las puntuaciones elevadas en el dominio de inhibición social, en referencia a rasgos de problemas de intimidad y expresión restringida.

Podríamos asumir que las pacientes del grupo 2 padecen de indefensión aprendida (Abramson & Seligman, 1978) ante el afrontamiento de situaciones de estrés, hecho que, a su vez, se relaciona con una mayor gravedad en la sintomatología depresiva (Ravindran et al., 1996). Hay mayor vulnerabilidad a la pérdida de control frente a eventos de la vida cotidiana, caracterizándose por ser pasivos, emocionales, improductivos y evitativos frente a la tensión y/o estrés. El afrontamiento emocional, hallado en el grupo 2, se relaciona con el pensamiento no constructivo (Epstein, 2001), definido como la tendencia a pensar en los sucesos de modo negativo, con actitud desfavorable hacia sí mismo, intolerancia a la frustración, rigidez, con soluciones simplistas, creencias irracionales y tendencia a obsesionarse con acontecimientos negativos del pasado.

Las estrategias de afrontamiento se podrían relacionar con las experiencias adversas en

Discusión del estudio 1

la niñez. En el estudio de Gold (2005) se concluye que los eventos perturbadores en períodos críticos al comienzo de la vida, están bien codificados en la memoria emocional, y alteran la fisiología y la fenomenología de la respuesta al estrés y de la autopercepción para el resto de la vida del individuo. Diversas investigaciones, aportan evidencia de que el trauma en la infancia aumenta la reactividad al estrés de la vida diaria (responder peor a estresores más pequeños) y la cronicidad de la depresión (Glaser et al., 2006; Hammen, Henry, & Daley, 2000). También McCullough (2000), refiere que los episodios de maltrato infantil, especialmente el abuso y la negligencia emocional, impiden el desarrollo de cogniciones funcionales y estrategias de resolución de problemas. Estos estilos de afrontamiento ineficientes se reflejan mediante un comportamiento que se asemeja a la etapa "preoperatoria" del desarrollo cognitivo, entre las edades de cuatro y siete años (McCullough, 2000; Piaget, 1981). Esta idea es respaldada por el hallazgo de que, los pacientes con depresión crónica, muestran niveles más altos de intolerancia a la angustia, respecto los pacientes con trastorno depresivo no crónico (Barnhofer, Brennan, Crane, Duggan, & Williams, 2014; Domes et al., 2016), responden con emociones abrumadoras e incontrolables ante situaciones estresantes, reactivan recuerdos de experiencias interpersonales tempranas (McCullough, 2000) y tienen niveles más elevados de reactividad afectiva (Renner et al., 2017; Zamoscik, Huffziger, Ebner-Priemer, Kuehner, & Kirsch, 2014).

Discusión del estudio 1

Implicaciones del estudio. Nuestro estudio es el primero en elaborar una tipología de pacientes con distimia basada en el modelo de Livesley, un modelo ampliamente utilizado en el campo de la personalidad y su patología. Los resultados reflejan una disfunción de la identidad en la muestra total de pacientes con distimia. Del mismo modo, nuestros hallazgos implican la existencia de heterogeneidad en el diagnóstico de distimia, con un tercio de la muestra con depresión mayor, pensamientos disfuncionales, patología de personalidad grave, con alta desregulación emocional, evitación social, recurrencia de ideación e intentos de suicidio, maltrato de varios tipos de abuso en la infancia y afrontamiento emocional de las situaciones de estrés.

Dado que las intervenciones preventivas pueden reducir la incidencia de la depresión hasta en un 25% (Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos, & Beekman, 2008), es importante conocer las dimensiones de la personalidad con implicaciones en la depresión. Este tipo de intervenciones podrían diseñarse para estar más dirigidas hacia la activación del comportamiento y la reestructuración cognitiva o más centradas en los déficits y funciones interpersonales del ser.

Nuestros resultados implican que la niñez y la adolescencia constituyen un momento prometedor para las intervenciones tempranas que se centran en esquemas disfuncionales, especialmente en aquellos niños que han sufrido abuso y negligencia emocional. Por tanto, la evaluación de los eventos traumáticos subyacentes a la depresión crónica, en un número importante de personas, debe tenerse en cuenta en la batería de pruebas de diagnóstico y en el tipo de intervención con estos pacientes.

Discusión del estudio 1

Limitaciones del estudio. La muestra fue formada solo por mujeres. Es posible que, en una muestra de varones, el perfil de puntuaciones en las escalas pudiera ser diferente. Del mismo modo, podría haber diferencias de género en respuesta al trauma infantil. En general, las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar depresión relacionada con el abuso infantil (Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999). Además, en la mayoría de los pacientes, la distimia tuvo un inicio tardío, lo que reduce el poder de generalización de los resultados. Nuestro diseño no tiene un grupo de contraste clínico, por lo que sería interesante realizar comparaciones con un grupo con depresión mayor. También los sesgos de recuerdo, tal y como indican estudios recientes en los que se concluye que los adultos deprimidos parecen más propensos para informar retrospectivamente de haber experimentado adversidades en la infancia (Colman et al., 2016). Una solución a este problema metodológico es que los estudios futuros empleen un diseño prospectivo. Así pues, se requieren más estudios longitudinales para predecir estilos cognitivos y episodios depresivos. Son necesarios, igualmente, estudios observacionales de la interacción padres-hijos y medidas tipo entrevista para examinar el papel del abuso precoz de los padres en la etiología de los trastornos emocionales.

3. Estudio 2

Eficacia de la intervención cognitivo-conductual y de esquemas en mujeres con distimia.

Factores predictivos del desenlace.

3.1. Justificación del estudio 2

3.1.1. Factores de la distimia en el desenlace de la psicoterapia

3.1.1.1. Psicoterapia en distimia

Numerosos estudios sobre intervención en los trastornos depresivos aportan conclusiones sobre la eficacia de determinados tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. La respuesta al tratamiento varía en función del subtipo de depresión. Los pacientes con depresión crónica y distimia, a diferencia de los pacientes con depresión episódica, presentan en general, menor respuesta a los tratamientos, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos (Negt et al., 2016), así como peor pronóstico en el curso del tratamiento (p.ej., con mayor tasa de suicidio) (Angst et al., 2009; Bird, Tarsia, & Schwannauer, 2018; Köhler, Chrysanthou, Guhn, & Sterzer, 2019). Tenemos que considerar que los sujetos con depresión crónica, poseen una memoria más confusa y con angustia, sentimientos de inferioridad, baja autoestima, desesperanza, miedo en las tareas cotidianas, miedo a la soledad y pensamientos de muerte, con más frecuencia que los sujetos con TDM episódico. Además, tienen más días de discapacidad que los sujetos con TDM, requieren de más asistencia pública y tienen peor salud general (Baune, Caniato, Arolt, & Berger, 2009; Bird et al., 2018).

Diversos estudios evidencian numerosos tratamientos beneficiosos para el TDM. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que recibe mayor apoyo empírico (tratamiento con evidencia empírica tipo I, según Chambless & Ollendick, 2001). En la TCC, las cogniciones negativas son el elemento central de la intervención (Churchill et al., 2001; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998). La activación conductual (AC) (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008), la

psicoterapia interpersonal (TIP) (Feijo De Mello, De Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005) y la psicoterapia psicodinámica a corto plazo (Leichsenring, 2001; Leichsenring & Rabung, 2011) también son tratamientos beneficiosos para la depresión mayor. Sin embargo, la base de la evidencia de estos tratamientos en la depresión crónica es mucho más limitada (Berger, Brakemeier, Klesse, & Schramm, 2009).

La investigación sobre el tratamiento en las formas crónicas de depresión, aunque escaso, ha ido en aumento en los últimos años (Cuijpers et al., 2010). La nosología de la depresión es bastante compleja y requiere la diferenciación de una variedad de posibles presentaciones clínicas. Las principales muestras utilizadas en los estudios sobre tratamientos son heterogéneas (Klein, Shankman & Rose, 2006; Weissman, Leaf, Livingston, 1988) (incluyen la distimia, el TDM crónico, la depresión doble, el TDM crónico con recuperación incompleta entre episodios), debido en parte a la elevada comorbilidad entre los trastornos depresivos (Hayden & Klein, 2001; Klein et al., 2000). La falta de control de esta heterogeneidad es una amenaza para las conclusiones de los estudios de meta-análisis (Higgins & Thompson, 2002).

Uno de los principales hallazgos sobre el tratamiento en la depresión crónica y la distimia es el Sistema de Análisis Cognitivo-Comportamental (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*, CBASP) de McCullough. Se trata de una psicoterapia altamente estructurada, que integra técnicas conductuales, cognitivas y estrategias de tratamiento interpersonal (McCullough, 2003), desarrollada específicamente para los pacientes con depresión crónica (Arnou, 2005). La CBSAP conceptualiza al paciente crónicamente deprimido como alguien que tiene dificultades interpersonales y que probablemente emergen en la relación terapéutica. McCullough concluye que los individuos crónicamente deprimidos tienen las características de funcionamiento social de los niños preoperacionales, lo que conduce a déficits en la

resolución de problemas sociales y la comunicación interpersonal, y lo vincula con la influencia de los eventos adversos tempranos (McCullough, 2003).

Los estudios de eficacia de CBASP para la distimia o depresión crónica muestran resultados contradictorios. Algunos concluyen la superioridad de la medicación sobre la psicoterapia (Oxman et al., 2001; Williams et al., 2000), otros no concluyen ninguna superioridad del tratamiento combinado respecto la farmacoterapia (Browne et al., 2002; Ravindran et al., 1999), o refieren mayor eficacia en la psicoterapia de apoyo respecto CBASP y farmacoterapia (Kocsis et al., 2009). Otros estudios concluyen que la CBASP es tan eficaz como la medicación aislada, y con tasas de respuesta más elevadas con el tratamiento combinado (CBASP + tratamiento antidepresivo) (Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005; Härter et al., 2018; Keller et al., 2000; Kriston, Von Wolff, Westphal, Hölzel, & Härter, 2014; McCullough, 2000). El tratamiento con CBASP ha mostrado mayor eficacia que otras formas de psicoterapia (Kriston et al., 2014).

A pesar de que la TCC para la depresión ha sido respaldada en varios de estudios, otros concluyen que hasta el 50% de los pacientes no responden completamente a la intervención (Fournier et al., 2009; Hollon & Beck, 1994; Kessler et al., 1994). La resistencia, recaída y recurrencia en el proceso de terapia podrían limitar la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión. En ésta línea, algunas investigaciones tratan de probar el aumento de la eficacia añadiendo algún componente a la TCC, por ejemplo, en el caso de pacientes con gran preponderancia de los llamados “dilemas implicativos”. Así, en el estudio de Feixas et al. (2016) no hay evidencia significativa de que la adición de Terapia Centrada en el Dilema (TCD) al tratamiento con TCC aumente la eficacia en el tratamiento en pacientes deprimidos.

Hay que tener en cuenta que la distimia constituye un trastorno caracterizado por una respuesta heterogénea al tratamiento (Frías, González, Palma, & Farriols, 2016). Es importante conocer las variables predictoras de dicha respuesta terapéutica, con la finalidad de poder personalizar nuestros tratamientos a las características de los pacientes. La eficacia de los tratamientos depende de factores del paciente, de factores terapéuticos y de las características del propio trastorno depresivo. Algunas variables psicológicas predictivas de la respuesta al tratamiento en pacientes con depresión crónica y distimia son el estrés percibido (Pedrelli, Feldman, Vorono, Fava, & Petersen, 2008); las actitudes disfuncionales (Shankman et al., 2013); la rumiación (Schmaling, Dimidjian, Katon, & Sullivan, 2002); la motivación para el cambio (Frías et al., 2016); la autoeficacia y las estrategias adaptativas de afrontamiento (Riso et al., 2003; Wiersma et al., 2011); preferencia del tratamiento del paciente (Steidtmann et al., 2012); alianza terapéutica al inicio del tratamiento (Arnou et al., 2013); mejoría en la fase temprana de la psicoterapia (Schindler, Hiller, & Witthöft, 2013; Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007); la comorbilidad con trastornos de la personalidad (Candrian, Farabaugh, Pizzagalli, Baer, & Fava, 2007; Hayden & Klein, 2001); el curso crónico del trastorno (Howland, 1991; Kocsis, 2003; Markowitz, 1995) y los antecedentes de maltrato en la infancia (Shirk et al., 2014). La Terapia de Esquemas para la distimia, podría ser un enfoque terapéutico eficaz, al centrarse en aspectos psicológicos predictivos de la eficacia terapéutica, tal como los problemas arraigados en la personalidad del paciente y las experiencias adversas de la niñez. Según diversos estudios de investigación, los pacientes crónicamente deprimidos tienen mayor afectación de los dominios de esquemas, respecto los pacientes deprimidos no crónicos (Riso et al., 2003). Además, la respuesta terapéutica es más resistente al cambio en los pacientes con esquemas cognitivos más disfuncionales (Riso et al., 2003). La Terapia de

Esquemas, se focaliza en la modificación de los EMT con la finalidad de producir un cambio duradero del paciente (Riso et al., 2003; Safran & Segal, 1994; Young & Brown, 1990) y disminuir de éste modo el riesgo de recurrencia depresiva. La efectividad de la terapia de esquemas también puede deberse al tratamiento de las habilidades sociales deficientes de los pacientes, las habilidades de razonamiento ineficaces y su identidad depresiva (Riso et al., 2003). Así, la terapia cognitiva de la depresión crónica requiere un mayor énfasis en la lucha contra la desesperanza, la impotencia y el perfeccionismo, abordando las experiencias tempranas adversas en la vida y modificando los esquemas de inadaptación.

3.1.1.2. Psicoterapia y personalidad en distimia

Los pacientes con distimia son más difíciles de tratar que los pacientes con depresión episódica. Una de las razones de la menor recuperación con el tratamiento es la presencia de mayor comorbilidad con trastornos de la personalidad, con tasas de solapamiento del 70% en la depresión crónica en contraposición a un 41% en la depresión episódica (Gargyfallos et al., 1999; Markowitz et al., 1992; Pepper et al., 1995; Rothschild & Zimmerman, 2002). Akiskal y colaboradores en 1978, hicieron mención a los efectos del tratamiento en los subtipos de distimia y propuso la distimia caracterial como más resistente a la medicación antidepresiva. Además, los rasgos patológicos de la personalidad en la depresión crónica predicen un resultado deficiente en el tratamiento (Hayden & Klein, 2001). Así, el alto N predice los síntomas depresivos en el seguimiento a largo plazo y una peor respuesta a la intervención (Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen, 2006; Mulder, 2002).

La importancia de evaluar los rasgos de personalidad en la patología depresiva puede tener impacto en la elección del tratamiento. Por ejemplo, en el estudio de Newton-

Howes, Tyrer y Johnson (2006) concluyeron que un trastorno de la personalidad comórbido a la depresión se relacionaba con resultados negativos a la farmacoterapia, pero no a la psicoterapia. Este resultado está en discordancia con el estudio de Bagby et al. (2008), en el que sugirieron que el alto N se asociaba con mejor respuesta a la farmacoterapia en comparación con la TCC. Asimismo, en el estudio de Ball, Kearney, Wilhelm, Dewhurst-Savellis y Barton (2000) y Merrill, Guimond, Thomsen y Milner (2003), se concluye que los pacientes con depresión y trastornos de la personalidad tienen una peor respuesta a la TCC respecto aquellos sin patología de la personalidad. Otros estudios discreparon de los anteriores, afirmando que las características de personalidad no son predictivas de la respuesta diferencial al tratamiento (Maddux et al., 2009; Mitjanas et al., 2004). Dichas diferencias en la investigación podrían explicarse por factores relacionados con el diseño de estudio y selección de la muestra.

Otra hipótesis propuesta en los estudios se basa en si el cambio de personalidad media el efecto del tratamiento en la depresión. Algunos estudios sobre el tema, evidencian que el tratamiento de la depresión reduce el nivel de N y aumenta la E (Quilty et al., 2008; Zinbarg, Uliaszek, & Adler, 2008).

En el estudio de Huprich, Defife y Westen (2014) identificaron subtipos de distimia en función de los perfiles de personalidad, utilizando el instrumento psicométrico Shedler-Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II; Shedler & Westen, 2004; Westen & Shedler, 1999, 2007; Westen, Shedler, Bradley, & DeFife, 2012) diseñado para proporcionar una evaluación integral de la personalidad. En este estudio relacionan los subtipos con hipótesis a nivel de funcionamiento, de rasgo y comorbilidad y de respuesta psicoterapéutica (tabla 32).

Tabla 32. Subtipos de distimia según Huprich, Defife y Westen (2014)

Subtipo	Características del subtipo	Rasgos y comorbilidad	Psicoterapia
Alto funcionamiento	Articulado, concienzudo, ético, buen sentido del humor, empático, querido por los demás. Autocrítica por miedo al rechazo o abandono. Sentirse ansioso, inadecuado, inferior o deprimido.	Personalidad “depresivo-masoquista (Caligor, Kernberg, Clarkin, 2007; Kernberg, 1970) .	Buen nivel de funcionamiento general. Buscan y mantienen el tratamiento.
Ansioso-disfórico	Sentirse inadecuado o como un fracaso, estar infeliz, deprimido, sentirse avergonzado, dificultades en las relaciones, falta de interés en actividades agradables, dificultades para tomar decisiones, autocrítica.	Síntomas de personalidad evitativa y dependiente. Altos niveles de EN (Clark & Watson, 2008). Comorbilidad con TDM.	Peor respuesta al tratamiento y un funcionamiento interpersonal más deteriorado.
Emocionalmente desregulado	Las emociones de la persona están fuera de control. Sentirse infeliz, deprimido, incomprendido, maltratado, incapaz de auto calmarse, reacciones extremas de desaires o críticas por temor al rechazo	Rasgo de personalidad del grupo B y características del trastorno límite de la personalidad. Comorbilidad con EDM e historial de intentos de suicidio.	Peor respuesta al tratamiento y un funcionamiento interpersonal más deteriorado
Narcisista	Crítico con los demás, enojado y hostil, controlador, rencoroso, competitivo, entra en luchas de poder, moralista, incomprendido, ser contrario, también sentimientos de competencia y gran autoestima.	Rasgos de personalidad narcisista. Narcisismo patológico (Pincus & Lukowitsky, 2010).	Mejor funcionamiento, mala respuesta a la psicoterapia.

En el estudio de Huprich et al. (2014) concluyeron que los médicos pueden emitir juicios altamente confiables y válidos sobre el funcionamiento adaptativo del paciente, si utilizan instrumentos psicométricos de clasificación para cuantificar sus observaciones e inferencias (DeFife, Drill, Nakash, Westen, 2010; Hilsenroth et al., 2000; Westen & Weinberger, 2004). De este modo resulta útil la evaluación de las características de personalidad, puesto que permite precisar el tratamiento en cada subgrupo y abordar los rasgos patológicos de la personalidad como parte de la distimia. Teniendo en cuenta las diferencias entre los perfiles, algunas personas de alto funcionamiento pueden ser crónicamente vulnerables a la autocrítica y culpa excesivas. Por el contrario, otros tienden a luchar contra estados de ánimo crónicamente negativos, con baja autoestima y escasez de relaciones. Finalmente, otros pueden deprimirse debido a la hipersensibilidad a la crítica y luchas de poder. Estos hallazgos demuestran que las personas que reciben un diagnóstico de distimia pueden diferir de forma significativa entre ellas, lo que podría tener diferentes implicaciones sobre cómo abordar mejor el tratamiento del paciente.

Podemos concluir que la mayoría de estudios apoyan la importancia de tratar la comorbilidad de los rasgos patológicos de la personalidad en pacientes con depresión. En el estudio de Härter et al. (2018), se concluye que para este grupo de pacientes, con patología de personalidad, la psicoterapia resulta la estrategia de tratamiento principal.

3.1.1.3. Psicoterapia y esquemas en distimia

La Terapia de Esquemas, desarrollada inicialmente para la disfunción de la personalidad (Young, 1990), prueba su eficacia para la depresión debido al reconocimiento cada vez mayor de que la depresión es un trastorno crónico, recurrente y a menudo asociado con otros problemas comórbidos del eje I y II. La Terapia de Esquemas está respaldada por

investigaciones que indican que la intervención que se enfoca más a problemas interpersonales y del desarrollo promueven una recuperación duradera de la depresión y reducen el riesgo de recaída (Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996).

El mecanismo relevante del tratamiento cognitivo basado en la Terapia de Esquemas para la depresión crónica son los EMT. Los EMT se definen como un patrón cognitivo estables del mundo, aprendidos en una edad temprana, que interfieren con el funcionamiento efectivo y subyacen a la enfermedad mental crónica (Young, 1990, 1999)

Según Renner et al. (2012), los pacientes deprimidos se caracterizan por EMT específicos (imperfección, privación emocional y abandono/inestabilidad). Tales esquemas permanecen relativamente estables después de una intervención basada en la evidencia, ambulatoria de corta duración, para la depresión. Estos hallazgos sugieren que los EMT están tan interiorizados en la personalidad del sujeto que resulta difícil poder cambiarlos en el contexto de tratamiento ambulatorio. Al no poder modificar los EMT, se sugiere que la vulnerabilidad subyacente a la depresión permanece prácticamente intacta dada la escasa modificación de los EMT. Por tanto, los pacientes deprimidos con EMT altamente disfuncionales (es decir las personas crónicamente deprimidas), podrían beneficiarse de tratamientos a largo plazo específicamente diseñados para alterar los EMT, tal como la Terapia de Esquemas de Young (Young et al., 2003).

El protocolo de tratamiento de la Terapia de Esquemas para la depresión crónica se puede dividir en 2 fases (Young et al., 2003):

- 1- Exploración: En esta fase los pacientes necesitan entender el concepto de esquema. Posteriormente se establece la relación entre los esquemas

predominantes, sus problemas actuales y la historia vital del sujeto. Por último, el terapeuta ayuda al paciente a experimentar los sentimientos asociados con sus esquemas a partir de imágenes experienciales.

- 2- Cambio: Se utilizan diversas técnicas terapéuticas con el objetivo de cambiar los EMT. Las intervenciones están basadas en técnicas cognitivas, experienciales, alianza terapéutica y conductuales. Las técnicas experienciales como la reescritura de imágenes tienen efectos positivos en la depresión, especialmente recurrente y crónica (Brewin et al., 2009).

Los resultados no son concluyentes sobre la eficacia de la Terapia de Esquemas en la depresión. Algunos estudios en pacientes con depresión crónica o TDM no han hallado efectos diferenciales entre la TCC y la Terapia de Esquemas en cuanto a respuesta, remisión y recuperación (Carter et al., 2013). Se requieren más investigaciones sobre la eficacia de la Terapia de Esquemas en la depresión para llegar a conclusiones más precisas.

En definitiva, se puede concluir que dado que algunos pacientes con depresión crónica no responden bien a la TCC clásica (Carter et al., 2018; Kim et al., 2013; Levenson, Wallace, Fournier, Rucci, & Frank, 2012; Nelson, Klumpp, Doebler, & Ehring, 2017; Schilling, Aseltine, & Gore, 2007), la Terapia de Esquemas podría ser un modelo útil para tratar trastornos psiquiátricos crónicos como la depresión crónica (Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael, & Huibers, 2016).

3.1.1.4. Psicoterapia y maltrato en distimia

La exposición a trauma en la infancia complica el tratamiento de la depresión y la eficacia de la psicoterapia. Específicamente, en el estudio de Shirk, DePrince,

Crisostomo y Labus (2014), con un muestra de adolescente con depresión expuestos a trauma interpersonal, había una disminución del efecto de la TCC, cuando se comparaban con aquellos sujetos sin exposición al trauma. Asimismo, en adultos deprimidos con experiencias infantiles adversas, las probabilidades de remisión también son menores, respecto los pacientes deprimidos sin antecedentes de maltrato temprano (Klein et al., 2009). Así, el maltrato en la infancia en pacientes con depresión se asocia a menor respuesta al tratamiento (tanto con farmacoterapia, como con psicoterapia cognitivo-conductual, TIP, o con tratamiento combinado) (Harkness, Bagby, & Kennedy, 2012) y resulta uno de los factores más importantes en el riesgo de recaída y recurrencia depresiva (Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken, & Dobson, 2015).

Aunque los estudios no son concluyentes, se sugiere que el tratamiento para los pacientes deprimidos que han sufrido traumas en la vida temprana, debería enfocarse a formas de psicoterapia centradas específicamente en la adversidad infantil. Los estudios hacen referencia a la psicoterapia individual específica como primera línea de elección (Nemeroff et al., 2003) o TCC y farmacoterapia combinada (Gold, 2005). Del mismo modo, se enfatiza para la depresión la TIP (Joiner, 2000; Klerman et al., 1984; Ley et al., 2011) y la Terapia de Esquemas de Young (Young et al., 2003).

Diferentes autores, evidencian la eficacia de CBASP, superior a la medicación, en pacientes con depresión crónica y trauma infantil (Nemeroff et al., 2003) y moderadamente más eficaz que la psicoterapia de apoyo no específica (Schramm et al., 2017) y la TIP (Harkness et al., 2012). En un subgrupo de pacientes con depresión crónica y trauma infantil (tal como pérdida de los padres a temprana edad, abuso físico y abuso sexual), CBASP superó a la medicación. La combinación de antidepresivo con CBASP dio como resultado una efectividad mínimamente mayor que CBASP únicamente (Nemeroff et al., 2003). El CBASP, también fue superior al TIP a corto

plazo, en adultos deprimidos con antecedentes de maltrato infantil (57.1% vs. 20.0% de remisión), aunque las diferencias entre estos tratamientos no fueron significativas un año después de la intervención. En conjunto, éstos hallazgos sugieren que la baja tasa de remisión a largo plazo con CBASP, son indicativos de la necesidad de desarrollar nuevos tratamiento psicológicos para esta población (Korotana, Dobson, Pusch, & Josephson, 2016).

En pacientes con antecedentes de trauma en la infancia es importante construir una alianza terapéutica (AT) basada en la confianza. Una terapia efectiva en éste sentido es la Terapia de Esquemas de Young y colaboradores (2003), que permite al paciente desarrollar o restaurar creencias fundamentales en las que se puede confiar, el mundo puede ser seguro y las relaciones interpersonales pueden ser sostenidas.

3.1.1.5. Psicoterapia y estrategias de afrontamiento en distimia

Las estrategias de afrontamiento en pacientes depresivos crónicos están influenciadas principalmente por los rasgos de personalidad y los antecedentes de maltrato en la infancia. En referencia a la personalidad, algunos autores concluyen que el elevado N se relaciona con estrategias de negación, distracción y consumo de drogas. Asimismo la elevada E se relaciona con estrategias de resolución de problemas, reestructuración cognitiva y búsqueda de apoyo (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). En referencia al maltrato infantil, diversos estudios hacen referencia a estilos de afrontamiento ineficaces y reacciones emocionales incontrolables frente situaciones de estrés (Barnhofer et al., 2014; Guhn et al., 2018). También otras investigaciones afirman que los pacientes depresivos con rasgos patológicos de la personalidad y/o antecedentes de maltrato en la infancia tienen peor respuesta a la psicoterapia y a la farmacoterapia (Ball et al., 2000; Barbe, Bridge, Birmaher, Kolko, & Brent, 2004; Newton-Howes et al.,

2006; Shirk et al., 2014). Por tanto, las estrategias de afrontamiento podrían mediar la relación entre los rasgos de personalidad y los antecedentes de maltrato en la infancia y la respuesta al tratamiento en pacientes con depresión.

Las complicaciones de la depresión como los síntomas asociados a la soledad están influenciadas por una variedad de estrategias de afrontamiento que implican alguna forma de desconexión, como la evitación de problemas, las ilusiones, la retirada social y la autocrítica (Fuente, Chang, Cardeñoso, & Chang, 2018). Los síntomas comunes de la distimia como la baja autoestima, sentimientos de inadecuación y retraimiento social, pueden reflejarse en una mayor contención y pasividad emocional. Paradójicamente, los pacientes depresivos también pueden presentar mayor expresión emocional y búsqueda de apoyo social (Ravindran et al., 1996), lo que explicaría el hallazgo epidemiológico de que las personas con distimia usan los servicios de salud con mayor frecuencia que la población general (Keller, 1994; Weissman, Leaf, Bruce, 1988). En mujeres con depresión posparto, las estrategias de afrontamiento pasivo estuvieron asociadas con los síntomas depresivos en el seguimiento del post-parto (Gutiérrez-Zotes et al. 2015). Por tanto, un aspecto relevante para la mejoraría en el tratamiento de la depresión crónica son los estilos de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento funcionales y adaptativas ayudan a mejorar los síntomas de la depresión (Stiles-Shields, Corden, Kwasny, Schueller, & Mohr, 2015). Por su parte, la falta de recursos de afrontamiento puede representar un factor de riesgo de mal pronóstico y recurrencia depresiva (Taylor & Stanton, 2007).

Tomados en su conjunto, todos estos resultados suponen que los pacientes con depresión crónica o distimia presentan una peor respuesta al tratamiento. La identificación de los factores de riesgo para la persistencia del trastorno depresivo crónico es importante para mejorar nuestra comprensión etiológica y desarrollar un tratamiento más efectivo e intervenciones preventivas (García-Toro et al., 2013). Las estrategias disponibles para la intervención en la distimia son costosas y carecen de un enfoque personalizado, por lo que funcionan más como tratamiento que como prevención (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera, & Leykin, 2010). Este tipo de estrategias basada en la homogeneización de los tratamientos por entidades diagnósticas y no basada en intervenciones individualizadas, es contrario a las intervenciones selectivas en donde se contemplan los factores de riesgo y los procesos causales que derivan en la vulnerabilidad del trastorno (Klein et al., 2011) como variables en la planificación del tratamiento.

Con respecto al tratamiento psicoterapéutico, la TCC de la depresión es uno de los tratamientos psicológicos con mayor efectividad, incluso para la depresión resistente (Li et al., 2018; Mulder, Boden, Carter, Luty, & Joyce, 2017). Sin embargo, hay estudios que no son tan optimistas sobre la eficacia de la psicoterapia en la depresión crónica. Por ejemplo, en el estudio de Cuijpers y colaboradores (2010) se concluye que el tratamiento combinado fue más efectivo que la farmacoterapia sola, pero más aun con respecto a la psicoterapia. Por ello, diversas líneas de investigación tratan de aumentar la eficacia del tratamiento cognitivo mediante la intervención sobre las vulnerabilidades o factores de riesgo que influyen en el inicio y/o evolución de la enfermedad depresiva, tal como los rasgos de personalidad, el maltrato en la infancia, los EMT y las estrategias de afrontamiento. Es necesaria la evaluación de los rasgos de personalidad comórbidos a la distimia para adaptar las intervenciones a las necesidades del paciente (Härter et al.,

2018; Huprich et al., 2014). Respecto a los antecedentes de maltrato en la infancia en pacientes depresivos, se requiere un intervención focalizada en el trauma, donde se aborde los déficits en la resolución de problemas sociales, la comunicación interpersonal y las dificultades en la regulación de las emociones (Craighead & Nemeroff, 2005; McCullough, 2003; Nemeroff et al., 2003). Asimismo, los pacientes depresivos con EMT altamente disfuncionales, podrían beneficiarse de intervenciones diseñadas para alterar los EMT, tal como la Terapia de Esquemas de Young (Young et al., 2003). Por último, la estrategias de afrontamiento emocionales son características de algunos pacientes con distimia, y pueden relacionarse con la menor eficacia de la intervención (Riso et al., 2003; Wiersma et al., 2011).

Por tanto, en pacientes con depresión persistente resulta relevante conocer y evaluar las variables psicológicas y clínicas del paciente que pueden afectar al desenlace terapéutico (tal como rasgos de personalidad, antecedentes de maltrato, EMT y estrategias de afrontamiento), con el objetivo de aumentar la eficacia de nuestras intervenciones. Una modificación de la terapia cognitivo-conductual de Beck añadiendo elementos de intervención relacionados con los esquemas depresógenos tempranos, del tipo de Young, permitiría una mejor tratamiento en pacientes en los que se ha constatado que la sintomatología depresiva se asocia con experiencias nocivas en la infancia.

3.2. Objetivos e hipòtesis

Objetivos.

El objetivo principal de este estudio es analizar las variables predictoras de desenlace terapéutico tras una intervención de Grupo Cognitivo-Conductual y de Esquemas (TCC-E) altamente manualizada en pacientes con distimia.

Hipòtesis 3. Las mujeres que participan en el grupo presentan una mejoría clínicamente significativa después de recibir la intervención de la terapia grupal.

Hipòtesis 4. Tras la realización de la terapia de grupo, el grupo 2 comparado con el grupo 1, tendrá una mejoría superior en la sintomatología depresiva.

Hipòtesis 5. Los dominios de patología de la personalidad de desregulación emocional e inhibición serán factores de riesgo de un mal desenlace terapéutico.

Hipòtesis 6: Las mujeres con menor mejoría tras la terapia tienen puntuaciones más elevadas en uno o varios subtipos de abuso.

Hipòtesis 7. Las mujeres con menor mejoría en la terapia tienen puntuaciones más elevadas en varios esquemas disfuncionales, especialmente los relacionados con la desconexión y el rechazo.

Hipòtesis 8. Las mujeres con menor mejoría en la terapia tienen puntuaciones más elevadas en estilos de afrontamiento pasivos.

3.3. Metodología

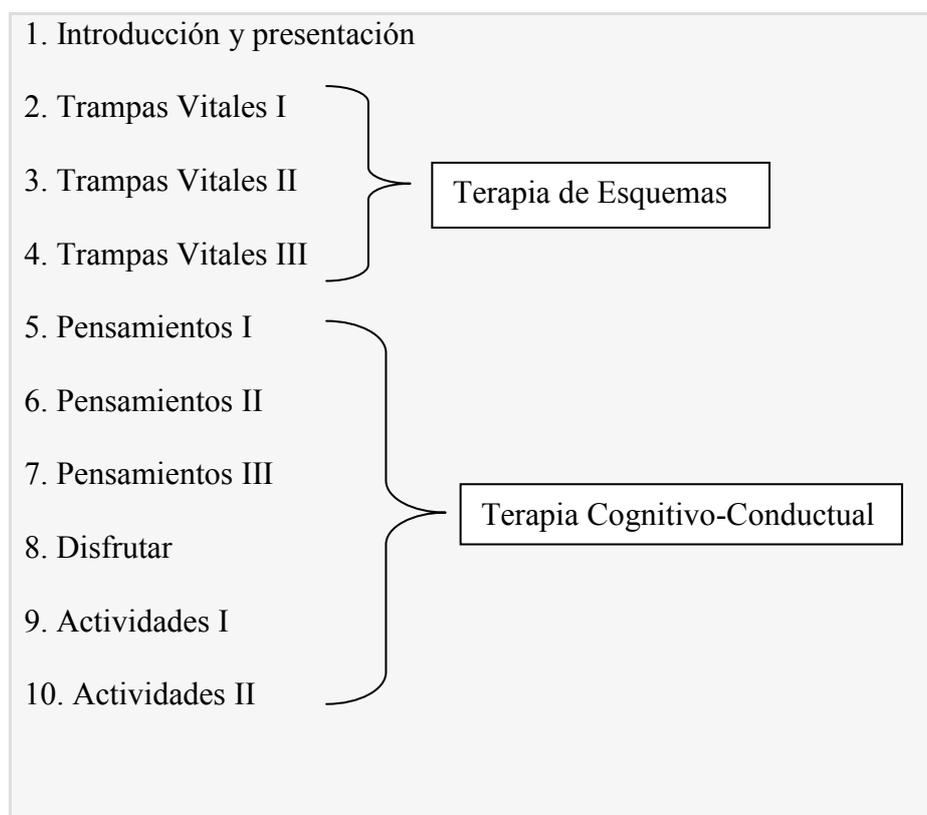
3.3.1. Participantes

De las 91 mujeres que iniciaron las sesiones de grupo, 51 terminaron y realizaron las pruebas pre y post-tratamiento.

3.3.2. Procedimiento

Se realizó un tratamiento compuesto por 10 sesiones, una vez por semana, con una duración de 90 minutos. La intervención consta de varios módulos (ver tabla 33), siendo seis en formato TCC (adaptada manual Muñoz et al., 2000) y tres en formato por esquemas (adaptada terapia por esquemas de Young; Young et al., 2003).

Tabla 33. Distribución de las sesiones



3.3.3. Diagnóstico y evaluación clínica

Las pruebas clínicas y psicométricas ya han sido descritas en el estudio 1.

3.3.4. Análisis Estadísticos

La mejoría sintomática al final del tratamiento se calculó en los cuestionarios de evaluación de la depresión HDRS y BDI, obteniéndose el porcentaje de mejora en la puntuación del cuestionario al final del tratamiento con respecto al inicio. La prueba de Mann-Whitney se utilizó para comparar las puntuaciones de los dos grupos en su estado sintomático pre y lo mismo en su estado post. El tamaño del efecto en la sintomatología depresiva ha sido calculado por la fórmula de Cohen. La prueba de rangos de Wilcoxon se ha usado para analizar la mejoría clínica en la muestra total y en cada grupo en pre y post. Para la asociación entre variables se ha usado la correlación no paramétrica de Spearman. Para el análisis de las variables que influyen en la mejoría de la sintomatología depresiva (HDRS y BDI) se realizaron varios análisis de regresión lineal (método hacia atrás) ajustando, según el caso, patología de la personalidad, maltrato, esquemas cognitivos, estrategias de afrontamiento por edad y los años de evolución del trastorno. Todos los valores de p de dos colas $<.05$ se consideraron estadísticamente significativos. Utilizamos SPSS / PCTM, versión 17.0 (Armonk, NY, EE. UU., IBM corp).

3.4. Resultados

La muestra de 51 pacientes tuvieron una edad media y desviación estándar de 52.7 ± 9.7 , con edades comprendidas entre los 19 y los 74 años. La evolución de la enfermedad fue de 12.9 años. La mayoría de mujeres habían recibido tratamiento farmacológico con antidepresivos y benzodiazepinas (60.7%) y habían recibido algún tratamiento individual antes de la evaluación (76.5 %). En referencia al empleo, la mayoría de mujeres eran pensionistas (31.4%), amas de casa (27.5) o desempleadas (29.4%). Gran parte de las pacientes tuvieron estudios básicos y de bachillerato (76.5%). La mayoría de mujeres han tenido antecedentes de abuso emocional (51%), seguido de la negligencia física (37.3%) y el abuso sexual (33.3%) (tabla 34).

Tabla 34. Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra total de mujeres con distimia (N = 51)

Edad (media \pm DE)	52.7 \pm 9.7
Años de evolución (media \pm DE)	12.9 \pm 7.9
Tratamiento farmacológico N (%)	
ATD + BZD	31 (60.7)
ATD	9 (17.6)
Sin tratamiento farmacológico	7 (13.7)
Benzodiacepinas	2 (3.9)
Otros	2 (3.9)
Tratamientos psicológicos previos N (%)	
Terapia individual	39 (76.5)
Sin terapia	7 (13.7)
Terapia individual y grupal	3 (5.9)
Terapia de grupo	2 (3.9)
Empleo N (%)	
Desempleo	15 (29.4)
Ama de casa	14 (27.5)
Pensionista	16 (31.4)
Empleado	6 (11.8)
Nivel académico N (%)	
Sin estudios	10 (19.6)
Primaria o secundaria	24 (47.1)
Bachillerato o formación profesional	15 (29.4)
Universidad	2 (3.9)
Historia de abuso infantil (CTQ) N (%) ¹	Abuso emocional: 26 (51)
	Abuso físico: 13 (25.5)
	Abuso sexual: 17 (33.3)
	Negligencia emocional: 14 (27.5)
	Negligencia física: 19 (37.3)
Puntuaciones en los cuestionarios de depresión	
HDRS (media \pm DE)	Inicial: 17.84 \pm 5.45
	Final: 11.96 \pm 6.07
BDI (media \pm DE)	Inicial: 16.39 \pm 6.61
	Final: 13.17 \pm 7.47

¹ Rango moderado

3.4.1. Terapia de grupo y sintomatología depresiva

La Terapia Cognitivo-Conductual y de Esquemas (TCC-E) de grupo fue eficaz para reducir los síntomas de los pacientes con distimia. Los resultados se muestran en el gráfico 7. Hemos categorizado la mejoría sintomática teniendo en cuenta el porcentaje de disminución de la puntuación de gravedad de los cuestionarios al principio y al final del tratamiento. Definimos la ausencia de mejoría como una disminución en la puntuación del cuestionario de menos del 25%, la mejoría sintomática leve a moderada con una disminución en la puntuación de los cuestionarios entre el 25-50% y la mejoría alta con una disminución en la puntuación de más de 50%. En HDRS, el 45% de los pacientes logra una mejoría moderada y el 19.6% tiene una mejoría alta. Por lo tanto, 64.6% de los pacientes experimentan una mejoría sintomática moderada o alta. En el BDI, el 25,5% de los pacientes obtuvieron una mejoría moderada y el 17,6% obtuvieron una mejoría alta, es decir, el 43,1% de los pacientes mejoraron los puntajes moderadamente o altamente en el BDI. El tamaño del efecto en el HDRS calculado por la fórmula d de Cohen fue grande ($d = 1.01$, $r = 0.46$). El tamaño del efecto en el BDI calculado por la fórmula d de Cohen fue pequeño ($d = 0.45$, $r = 0.22$).

La prueba de rangos de Wilcoxon (tabla 35) mostró una diferencia significativa entre pre y post-tratamiento en el escala BDI tanto en la muestra total ($Z = -4.79$, $p < 0.001$), como en el grupo 1 ($Z = -3.36$, $p < 0.001$), pero no así en el grupo 2 ($Z = -1.98$, $p = 0.051$). Por su parte en la escala de Hamilton hubo diferencias entre los dos momentos en la muestra total ($Z = -5.59$, $p < 0.001$), en el grupo 1 ($Z = -4.20$, $p < 0.001$) y el grupo 2 ($Z = -3.62$, $p < 0.001$).

La puntuación en HDRS en el pre-tratamiento fue significativamente mayor en el grupo 2 respecto al grupo 1 (media 20.70 ± 6.15 vs 16.41 ± 4.51 ; $p = 0.014$), hallándose en el

grupo 2 en el rango grave y en el grupo 1 en el rango moderado. Las puntuaciones de HDRS en el post-tratamiento, no son significativas entre grupos (media 13.23 ± 5.82 vs 11.32 ± 6.18 ; $p= 0.322$).

La puntuación en el BDI en el pre-tratamiento es significativamente mayor en grupo 2 respecto al grupo 1 (media 21.05 ± 6.66 vs 14.05 ± 5.28 ; $p= <0.001$), hallándose en el grupo 2 en el rango grave y en el grupo 1 en el rango moderado. También la puntuación en BDI en el post-tratamiento es significativamente mayor en el grupo 2 respecto al grupo 1 (media 17.35 ± 8.40 vs 11.08 ± 6.07 ; $p= 0.006$), así en grupo 2 sigue estando en el rango grave y en el grupo 1 en el rango moderado. Los dos grupos mejoran aunque que las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas.

Gráfico 7. Puntuaciones HDRS y BDI iniciales y finales

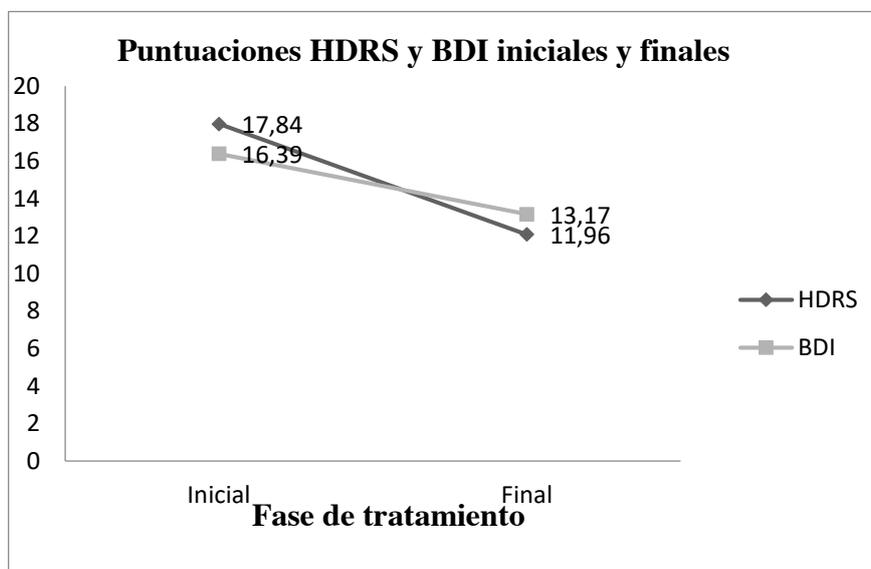


Tabla 35. Mejoría en HDRS y BDI después de la terapia de grupo

Estado clínico depresión	Total N=51		Grupo 1 N=34		Grupo 2 N=17		U Mann- Whitney ¹ (entre grupos)	Z	p
	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md	Media (DE)	Md			
HDRS-pre	17.84 (5.45)	17	16.41 (4.51)	16	20.70 (6.15)	20	167	-2.44	0.014
HDRS-post	11.96 (6.07)	11	11.32 (6.18)	11	13.23 (5.82)	14	239.5	-9.99	0.322
Wilcoxon	Z=-5.59, p<0.001		Z=-4.20, p<0.001		Z=-3.62, p<0.001				
BDI-pre	16.39 (6.61)	17	14.05 (5.28)	15	21.05 (6.66)	22	86.5	-4.05	<0.001
BDI-post	13.17 (7.47)	11	11.08 (6.07)	10	17.35 (8.40)	18	151.5	-2.75	0.006
Wilcoxon	Z=-4.79, p<0.001		Z=-3.36, p = 0.001		Z=-1.98, p = 0.051				
Mejoría HDRS (%)	33.32 (27.98)	33.33	31.66 (31.67)	30.95	36.65 (19)	34.48	254	-0.70	0.484
Mejoría BDI (%)	15.86 (42)	16.66	16.53 (45.31)	15.47	14.50 (35.69)	17.39	267	-0.44	0.660

¹ Diferencia entre el estado pre de los dos grupos y el estado post de los dos grupos

Gráfico 8. Porcentaje de mejoría en HDRS y BDI después de la terapia de grupo

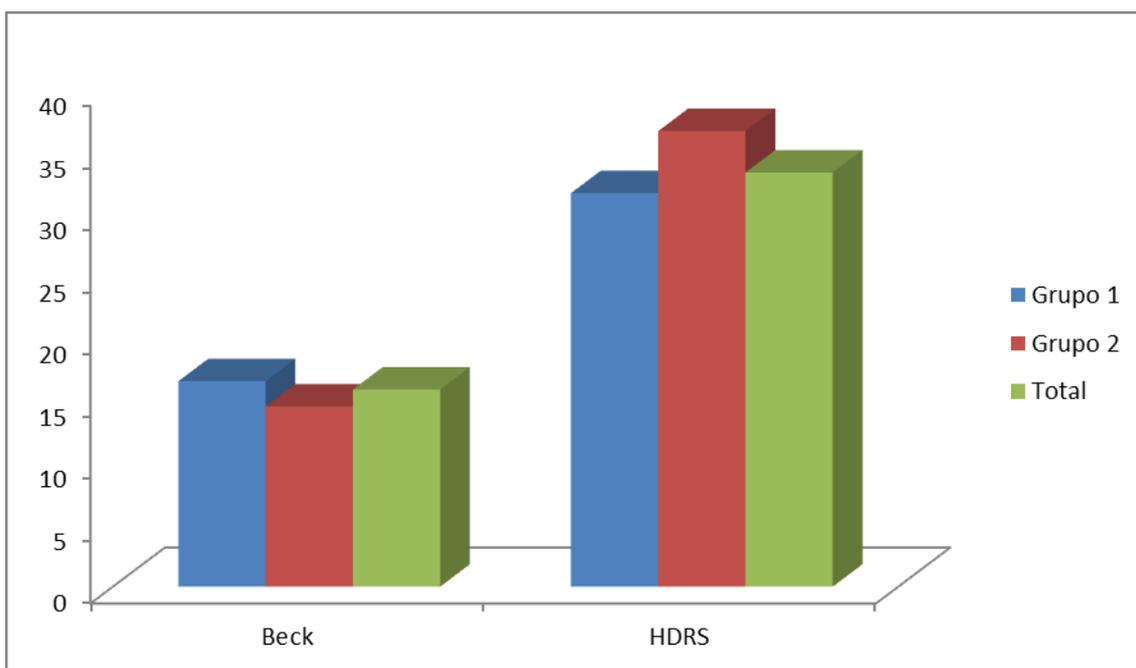


Gráfico 9. Puntuaciones en el BDI pre y post grupo.

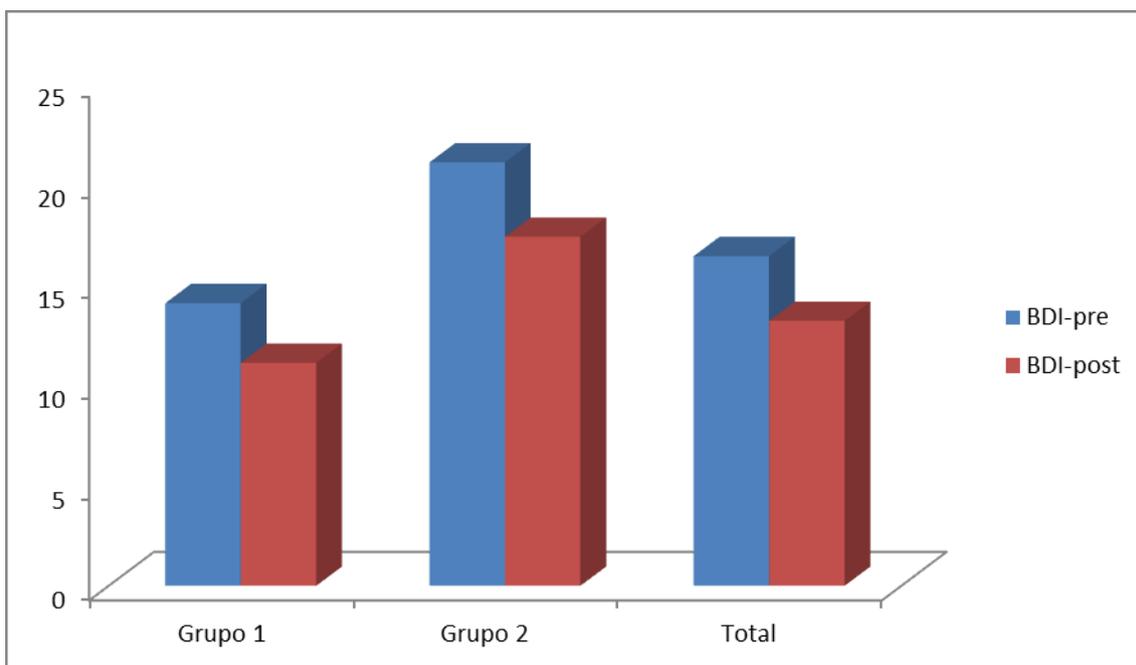
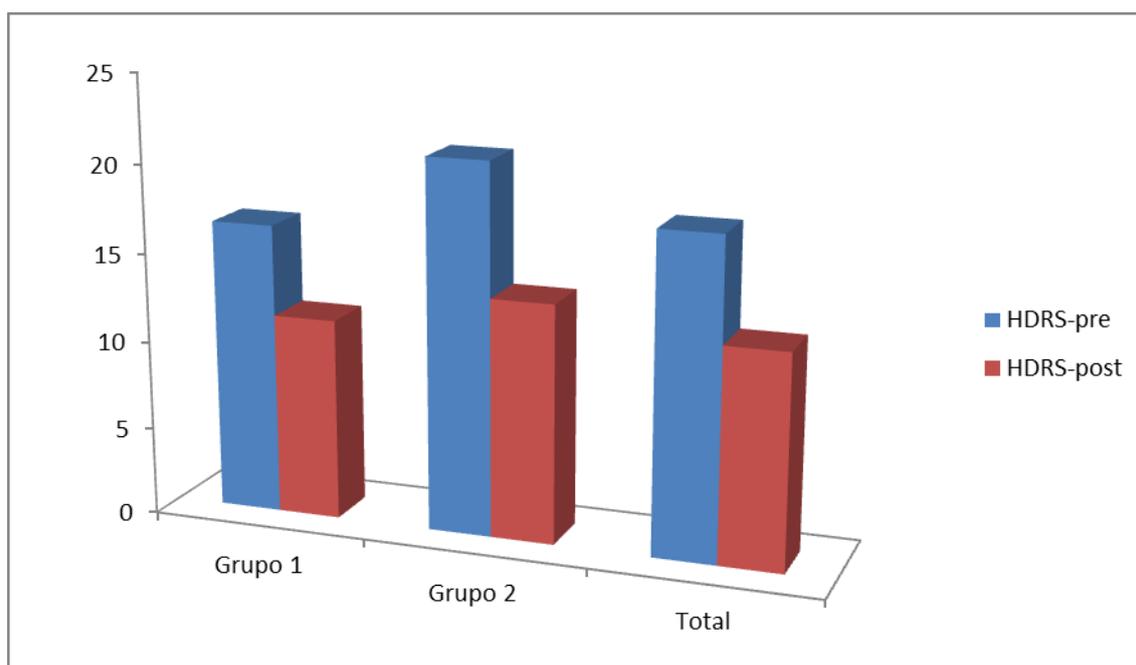


Gráfico 10. Puntuaciones en el HDRS pre y post grupo



3.4.2. Patología de la personalidad y desenlace terapéutico

La dimensión de desregulación cognitiva fue la única escala de la patología de la personalidad del DAPP-BQ que se asoció con la variable mejoría en sintomatología depresiva evaluada con la escala HDRS ($r_s = -0.31$; $p = 0.026$). No hubo asociaciones entre desenlace terapéutico y los dominios del DAPP-BQ.

La regresión no mostró resultados significativos de los dominios de la patología de la personalidad en la predicción de mejoría de la depresión en el caso de la escala de Beck ajustando por la edad y años de duración de la enfermedad. En el modelo de regresión con la escala de Hamilton únicamente la variable duración de la enfermedad mostró una tendencia a la significación ($\beta = 0.27$, $R^2 = 0.057$ y $p = 0.043$).

3.4.3. Antecedentes de abuso infantil y desenlace terapéutico

Abuso físico fue el único tipo de maltrato que fue significativo con la variable mejoría clínica en sintomatología depresiva registrada con la escala de Beck (-0.44 , $p=0.002$). Sin embargo, al incluir todos los tipos de abuso en el modelo de regresión, encontramos que el abuso físico está asociado con una mejoría menor en el HDRS ($\beta = -0.298$, $p = 0.037$) y en el BDI ($\beta = -0.333$, $p = 0.02$). La mejoría en HDRS también se asocia positivamente con los años de evolución ($\beta = 0.362$, $p = 0,012$), es decir, una puntuación más baja en abuso físico y mayor tiempo en la evolución de la enfermedad se refleja con mejoría de los síntomas en HDRS (tabla 36).

Tabla 36. Análisis de regresión lineal de la relación entre el maltrato infantil y la mejoría sintomática según HDRS y BDI

	R ²	p del modelo	Variables	β	p
Puntuación HDRS	0.168	0.01	Años de evolución	0.362	0.012
			Abuso físico	-0.298	0.037
Puntuación BDI	0.092	0.02	Abuso físico	-0.333	0.02

3.4.4. Esquemas maladaptativos tempranos y desenlace terapéutico

En cuanto a la asociación entre los esquemas cognitivos de YSQ-SF y el resultado de la terapia hallamos que el esquema de inhibición se asoció con mejoría con la escala de depresión de Hamilton ($r_s = -0.33$, $p= 0.019$). Los sujetos que tuvieron puntuaciones en inhibición más bajas mejoraron más que aquellos que tuvieron puntuaciones más altas en los esquemas de inhibición.

Cuando incluimos todos los esquemas en el análisis de regresión, encontramos que el esquema de vulnerabilidad se asoció negativamente a la mejora en HDRS ($\beta = -0.469$, $p = 0.006$) aunque también se relacionó con los años de evolución ($\beta = 0.281$, $p = 0.037$). Es decir, los pacientes con menor puntuación en esquemas de vulnerabilidad y mayor tiempo de evolución experimentaron más recuperación. El esquema de fracaso se asoció con peor resultado en la terapia, evaluado con el BDI, aunque no fue estadísticamente significativo ($\beta = -0.337$, $p = 0.06$). El esquema de dependencia ($\beta = 0.524$, $p = 0.009$) y el esquema de autocontrol insuficiente ($\beta = 0.717$, $p = 0.001$) se asociaron a una mejoría en BDI. La tabla 37 muestra los esquemas cognitivos que permanecen asociados con la mejora en el HDRS y el BDI después del modelo de regresión.

Tabla 37. Análisis de regresión lineal de la relación entre esquemas maladaptativos tempranos y la mejoría sintomática según HDRS y BDI

	R ²	p del modelo	Variables	β	p
Puntuación HDRS	0.176	0.008	Esquema de vulnerabilidad	-0.469	0.006
			Años de evolución	0.281	0.037
Puntuación BDI	0.199	0.004	Esquema de fracaso	-0.337	0.06
			Esquema de dependencia	0.524	0.009
			Esquema de autocontrol	0.717	0.001

3.4.5. Estilos de afrontamiento y desenlace terapéutico

Determinados estilos de afrontamiento también se correlacionan con el resultado de la TCC-E (tabla 38). El afrontamiento cognitivo pasivo y afrontamiento emocional activo se correlacionaron negativamente con la mejora en HDRS, con $r_s = -0.52$ ($p = 0.004$) y BDI con $r_s = -0.44$ ($p = 0.019$), respectivamente. Por su parte afrontamiento emocional pasivo se asoció de forma positiva como mejoría en la escala de Hamilton, con $r_s = 0.38$ ($p = 0.042$). Por otro lado, el estilo de afrontamiento emocional pasivo se correlacionó

positivamente con la mejora en la puntuación HDRS ($r_s = 0.39$), mientras que el afrontamiento emocional activo se relacionó negativamente con las puntuaciones de HDRS ($r_s = -0.44$). Cuando incluimos estilos de afrontamiento en la regresión, encontramos que el afrontamiento cognitivo pasivo está asociado negativamente con la mejoría en el BDI ($\beta = -0.537$, $p = 0.002$) mientras que el afrontamiento emocional pasivo lo hizo de forma positiva ($\beta = 0.466$, $p = 0.006$). Estos resultados son similares en relación a las escala HDRS con $\beta = -0.532$ ($p = 0.002$) y $\beta = 0.449$ ($p = 0.009$), con afrontamiento cognitivo pasivo y afrontamiento emocional pasivo, respectivamente.

Tabla 38. Análisis de regresión lineal de la relación entre estilos de afrontamiento y la mejoría sintomática según HDRS y BDI

	R ²	p del modelo	VARIABLES	β	p
Puntuación BDI	0.417	0.001	Af. cognitivo pasivo	-0.537	0.002
			Af. emocional pasivo	0.466	0.006
Puntuación HDRS	0.352	0.002	Af. cognitivo pasivo	-0.532	0.002
			Af. emocional pasivo	0.449	0.009

Tabla 39. Correlaciones estilos de afrontamiento y mejoría síntomas depresivos (n=28)

	Mejoría HDRS	Mejoría Beck
A. social instrumental	-0.48*	-0.41*
Autodistracción	-0.38*	
Desahogo	0.39*	
Emocional Activo	-0.44*	
Emocional Pasivo	0.39*	
Cognitivo Pasivo	-0.52**	
A. focalizado problema	-0.46*	

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

3.5. Discusión estudio 2

3.5.1. Eficacia de la terapia de grupo en la muestra de mujeres distímicas

Los resultados de nuestro estudio, reflejan que las mujeres con distimia que participaron en la terapia grupal han obtenido una mejoría en la sintomatología depresiva, de grave (en el pre-tratamiento) a moderada (en el post-tratamiento).

Hemos de considerar que la mayoría de nuestras pacientes, recibieron tratamiento farmacológico combinado (antidepresivos y benzodiazepinas) (N= 31, 60.7%) y terapia individual (N= 39, 76.5%), previamente al tratamiento grupal. Dicha combinación de psicoterapia y medicación se considera más eficaz respecto al tratamiento con monoterapia, según los principales estudios científicos sobre el tema (Berger et al., 2009; Jobst et al., 2016). A pesar del tratamiento previo, las mujeres con distimia tienen un nivel de depresión grave antes de iniciar la terapia grupal, lo cual podría indicar la necesidad de introducir elementos adicionales a la terapia cognitivo-conductual tradicional, tal como sugieren otros autores (Feixas et al., 2016; Riso et al., 2003). En nuestro estudio, la adición de elementos de la terapia de esquemas al formato clásico de terapia cognitivo-conductual, puede influenciar positivamente en el desenlace terapéutico.

En referencia a la eficacia de la terapia de grupo para la depresión crónica, nuestros resultados se ven respaldados por el estudio de Michalak, Schultze, Heidenreich y Schramm (2015), en el que concluyen que la terapia grupal basada en CBASP fue efectiva para la reducción de los síntomas depresivos. También Swan, Sorrell, MacVicar, Durham y Matthews (2004), diseñaron un programa grupal de tipo psicoeducativo de 12 sesiones para la depresión crónica refractaria al tratamiento,

logrando cambios clínicamente significativos y sostenidos al finalizar la intervención.

Los resultados de nuestro estudio, al igual que en el estudio de Swan et al. (2004), sugieren que la psicoterapia grupal breve y estructurada puede mejorar la clínica depresiva a corto plazo, para los pacientes con depresión persistente.

Hay pocos estudios que apliquen la terapia de esquemas en la depresión y los resultados se consideran preliminares. En el estudio de Carter et al. (2018), se concluye que la terapia de esquemas para la depresión puede ser tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual, ofreciendo a los pacientes la oportunidad de tratar las experiencias de la primera infancia, las necesidades emocionales no satisfechas y el desarrollo de los esquemas desadaptativos.

También resulta relevante en pacientes con depresión crónica, valorar los antecedentes de maltrato en la infancia, puesto que se asocian a una disminución de la respuesta terapéutica (Shirk, Kaplinski, & Gudmundsen, 2009). Algunos autores modifican para este grupo de pacientes (con depresión crónica y antecedentes de abuso en la infancia) la terapia cognitivo conductual tradicional con la finalidad de aumentar la eficacia de la intervención (DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009). Así incorporan estrategias diversas, tal como las basadas en la atención (incluyendo cambiar, inhibir y enfocar la atención), en la memoria de trabajo y el autocontrol (DePrince et al., 2009), en la regulación emocional (Craighead & Nemeroff, 2005), en la modificación de creencias y emociones centradas en el trauma interpersonal, tal como la vergüenza, la autculpa, el miedo y la ira (DePrince, Zurbriggen, Chu, & Smart, 2010), así como la modificación de los esquemas de maladaptación temprana (Young et al., 2003).

En pacientes crónicamente deprimidos, con antecedentes de maltrato en la infancia, es relevante ofrecer tratamientos psicoterapéuticos para abordar sus necesidades y déficits

específicos (Jobst et al., 2016), como primera línea de intervención. Es importante ofrecer a los pacientes con depresión una variedad de modelos de tratamiento eficaces que les permita elegir un tratamiento que ellos esperen que sea eficaz. La motivación y la expectativa de que el tratamiento va a funcionar se ha demostrado que mejora la eficacia de la intervención (Carter et al., 2011; Joyce & Piper, 1998; Noble, Douglas, & Newman, 2001).

3.5.2. Patología de personalidad y desenlace terapéutico

En nuestro estudio no hay asociaciones significativas entre los dominios de personalidad del DAPP-BQ y el desenlace terapéutico. Nuestros resultados están en discordancia con estudios previos realizados. Así, en Hayden y Klein (2001) los rasgos de personalidad en la depresión crónica predecían un resultado deficiente en un estudio de seguimiento. Sin embargo, otros estudios, cuando se realizan con el diagnóstico de trastorno de la personalidad, apoyan nuestros resultados al concluir que la presencia de un trastorno de personalidad comórbido a la depresión crónica no se asociaba a una respuesta peor en el tratamiento. El resultado de la intervención cognitivo-conductual grupal para el trastorno distímico fue igual de efectiva para los pacientes con trastorno de personalidad comórbido, respecto a los que no tenían trastorno de la personalidad asociado (Mitjanas et al. (2004). En un estudio sobre respuesta farmacológica, Russell y colaboradores (2003) encontraron que el diagnóstico de un trastorno de personalidad no moderaba los resultados para la depresión crónica entre aquellos pacientes que recibían sertralina o imipramina. Por su parte, Maddux et al.(2009) no hallaron un efecto diferencial de la efectividad de la farmacoterapia y la psicoterapia en 681 pacientes con depresión crónica y trastorno de la personalidad, concluyendo que no existe evidencia convincente para sugerir que los médicos necesiten conceptualizar a los pacientes con depresión crónica y trastorno de la

personalidad como un subtipo distinto.

La desregulación cognitiva es el único rasgo del modelo de personalidad patológica de Livesley que se relaciona con la mejoría en la sintomatología depresiva evaluada con la escala HDRS. La desregulación cognitiva es la tendencia a mostrar desorganización cognitiva bajo situaciones de estrés. Éste rasgo puede relacionarse con el control emocional deficiente, especialmente en situaciones interpersonales estresantes (McCullough et al., 2000), la intolerancia a la angustia (Barnhofer et al., 2014; Domes et al., 2016) y la desconexión del entorno social (McCullough et al., 2000), en pacientes con depresión crónica y antecedentes de maltrato en la infancia. En nuestro estudio, resulta sorprendente que el rasgo de desregulación cognitiva se asocie con una mejoría en la sintomatología depresiva. Podríamos sugerir que este rasgo se asocia con estrategias de afrontamiento emocional, tal como la contención emocional, la culpa, la retirada, la negación o la resignación pasiva (Carver et al., 1989), pudiendo ser efectivas éstas estrategias a corto plazo, para mitigar la ansiedad interpersonal. Nuestros resultados también pueden explicarse por las conclusiones del estudio de Williams (2006), en el que se afirma que la evitación cognitiva reduce la angustia asociada con el recuerdo de experiencias aversivas. No obstante, hay que tener presente que las estrategias evitativas aunque pueden ser adaptativas a corto plazo podrían tener un impacto negativo en la resolución de problemas cuando el estresor persiste, lo que lleva de nuevo a la angustia.

3.5.3. Abuso en la infancia y desenlace terapéutico

En nuestro estudio hemos hallado que los antecedentes de abuso físico se relacionan con un peor resultado terapéutico. El maltrato físico, definido según Milner (1999) como “la generación, el desarrollo y/o promoción activa de conductas, sucesos y/o situaciones

bajo el control de los padres, que se traduce en lesiones físicas intencionales causadas a un menor de 18 años” (pp.42), se da en el marco de una relación de apego. Las consecuencias psicológicas y sociales son de mayor gravedad para los sujetos con antecedentes de maltrato físico en la infancia, respecto a los otros subtipos de maltrato. Así, la mayor frecuencia y gravedad del maltrato físico se ha asociado a peores efectos psicológicos, como mayor agresión, mayor ansiedad y depresión, mayor sintomatología postraumática, menor socialización, delincuencia más importante y peores resultados académicos y de salud (English et al., 2005; Litrownik et al., 2005; Manly, Cicchetti, & Barnett, 1994; Naar-King, Silvern, Ryan, & Sebring, 2002; Sugaya et al., 2012; Williamson, Thompson, Anda, Dietz, & Felitti, 2002).

En el contexto relacional entendido como relaciones interpersonales y contexto psicoterapéutico, los pacientes con antecedentes de abuso físico muestran déficits que dificultan el tratamiento. Así, tener antecedentes de maltrato físico implican peor competencia social (Jaffe, Wolfe, Wilson, & Zak, 1986), mayor desconfianza y vigilancia patológica en la relaciones (Jacobvitz & Hazen, 1999; Lyons-Ruth, Bronfman, & Atwood, 1999). Del mismo modo, este tipo de maltrato supone un mayor retraimiento, con desconexión emocional, exhibiendo menor interacción social, comportamiento prosocial y sintonía afectiva (Mueller et al., 1994). Igualmente hay un mayor riesgo de rechazo (Dodge et al., 1995) y de comportamiento agresivo (Malinosky-Rummell, & Hansen, 1993) y revictimización (Wolfe, 1999).

El modelo de procesamiento de la información social propuesto por Dodge (1986) podría ofrecer una explicación etiológica al maltrato físico. Este modelo sostiene que la crianza requiere una serie compleja de capacidades cognitivas específicas, que integra las expectativas apropiadas a las capacidades de los niños, la capacidad para resolver problemas y las evaluaciones imparciales, por parte de los cuidadores, de las acciones

de los niños (Azar, Reitz, & Goslin, 2008). Los déficits en estas áreas aumentan el riesgo de interacciones inadaptadas entre padres e hijos, incluida la perpetración del abuso físico (Akiskal, 1990; Azar, Robinson, & Proctor, 2012; Azar & Rohrbeck, 1986; Berlin, Dodge, & Reznick, 2013; Haskett, Smith, Grant, Ward, & Robinson, 2003; Lansford et al., 2014; Milner, 2003; Seng & Prinz, 2008). En la misma línea, se ha demostrado que las expectativas poco realistas de los padres respecto a sus hijos, caracteriza a los padres que han abusado físicamente o que están en riesgo de hacerlo (Azar & Rohrbeck, 1986; Caselles & Milner, 2000). También las atribuciones hostiles de las madres se asocian con el mayor riesgo de abuso físico y la negligencia (Azar et al., 2012; Calvete & Orue, 2012; Crick & Dodge, 1996; Makin-Byrd & Azar, 2011). Por tanto, podemos suponer que las pacientes con antecedentes de abuso físico perciben el mundo con mayor hostilidad, desconfianza e hiperalerta, por lo cual pueden funcionar peor en el contexto de terapia grupal. Aunque en nuestro estudio no hemos medido la afectación cognitiva, nuestros resultados pueden estar relacionados por los hallazgos del estudio de Fischer et al. (2018), en el que concluyeron que los pacientes con niveles bajos de cortisol informaron de más antecedentes de abuso físico y peor respuesta a la Terapia Cognitivo-Conductual. En éste estudio se confirma que los niveles de cortisol afectan a la capacidad cognitiva del paciente.

Por tanto, los sujetos con antecedentes de abuso físico pueden desarrollar procesos socio-emocionales que subyacen a las dificultades interpersonales a largo plazo, asociadas al abuso de los padres. En la relación transferencial, y también en la terapéutica, éstos pacientes con antecedentes de abuso físico pueden mostrar más disforia (Berenson & Andersen, 2006), una mayor desconexión interpersonal (Shields, Ryan, & Cicchetti, 2001) e indiferencia emocional (Berenson & Andersen, 2006). Esto nos indica la necesidad de desarrollar modelos terapéuticos para este grupo de pacientes

con depresión crónica y antecedentes de abuso físico en la niñez. Tal vez, la terapia individual podría ser más eficaz en mujeres con este tipo de maltrato, caracterizado por la hostilidad, mayor dificultad en la mentalización e introspección, así como una mayor indefensión aprendida en las relaciones.

3.5.4. Esquemas desadaptativos y desenlace terapéutico

Los resultados de nuestro estudio muestran como ciertos esquemas desadaptativos tempranos se asocian con peor desenlace terapéutico.

Los esquemas de inhibición emocional (dominio de sobrevigilancia e inhibición) y fracaso y vulnerabilidad al daño (dominio de autonomía y ejecución), se relacionan con menor mejoría en la sintomatología depresiva. Nuestros resultados se van apoyados parcialmente por la literatura sobre el tema, la cual concluye que los esquemas maladaptativos tempranos altamente disfuncionales, especialmente en el dominio de autonomía y también desconexión-rechazo, se relacionan con la severidad de la síntomas en pacientes deprimidos (Halvorsen et al., 2009; Hawke & Provencher, 2011; Petrocelli, Glaser, Calhoun, & Campbell, 2001) y por tanto, peor respuesta al tratamiento psicoterapéutico.

El esquema de inhibición emocional se relaciona con una menor mejoría en HDRS. Las personas con este esquema tienden a percibir que la expresión emocional puede tener consecuencias negativas, por ello suelen inhibir excesivamente la acción, el sentimiento o la comunicación espontánea, para evitar la desaprobación de los demás, los sentimientos de vergüenza o la pérdida de control de los propios impulsos. La familia de origen de estas personas es severa, exigente y algunas veces punitiva. La ejecución, el deber, el perfeccionismo, el respeto a las normas, la ocultación de las emociones y la evitación de los errores predominan sobre el placer, la alegría y la relajación (Young et al., 2003). La inhibición emocional podría aproximarse al concepto de inhibición del

DAPP-PB (Livesley, 1990), concretamente con la restricción expresiva (caracterizada por ser reacio a abrirse, la expresión restringida del enfado y el afecto, la expresión restringida de los sentimientos positivos, así como la autosuficiencia). La inhibición emocional implica expectativas ansiosas y sensibilidad al rechazo (Feldman & Downey, 1994), así como representaciones negativas y dolorosas de las relaciones interpersonales (Dean, Malik, Richards, & Stringer, 1986), lo cual podría influir explicando una peor respuesta a la terapia grupal en nuestro estudio. De hecho, un estilo más ansioso, evitativo, con mayor incomodidad en el intercambio interpersonal podría dificultar una alianza terapéutica sólida (Benjamin & Critchfield, 2010; Messer & Wolitzky, 2010) y por lo tanto la respuesta a la psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Katherine Davis, 2000).

El esquema de vulnerabilidad al daño en interacción con años de evolución se asocia con menor mejoría en el HDRS. Las personas con esquemas de vulnerabilidad creen que no pueden controlar las amenazas o los desastres. Estas personas tienen un temor desproporcionado de que una catástrofe ocurrirá de inmediato y de que no podrán evitarla (Young et al., 2003). El esquema de fracaso se asocia con menor mejoría en sintomatología depresiva cuando se evalúa con el BDI. Las personas con esquemas de fracaso tienen la creencia de haber fracasado o que inevitablemente fracasarán en el futuro, quedando afectadas en áreas de logro (académico, profesional, deportivo, etc.). Este esquema muchas veces conlleva creencias de que uno es un inepto, un estúpido, de status inferior, con menor suerte que los demás, etc... La familia típica de origen de las personas con esquemas de fracaso y vulnerabilidad es complicada, debilita la confianza del niño, es sobreprotectora o no refuerza al niño para que actúe competentemente fuera de la familia (Young et al., 2003). El esquema de fracaso y vulnerabilidad al daño podría ser un mecanismo compensador de la indefensión aprendida (Seligman, 1975),

por la cual el sujeto depresivo tiende a sentirse incapaz de poder controlar una situación que valora como aversiva, atribuyendo los sucesos incontrolables y negativos a factores internos, estables y globales (Abramson & Seligman, 1978). También los esquemas de fracaso y vulnerabilidad al daño ocurren frecuentemente en personas que han sufrido abusos en la infancia (Cukor & LK, 2006; Kaya, Tutarel, & Boysan, 2015; Parker, Gladstone, Mitchell, Wilhelm, & Roy, 2000; Rezaei, Ghazanfari, & Rezaee, 2016). Según Dowd (2004), el esquema de fracaso se relaciona con los síntomas depresivos, tal como la culpa, la baja autoestima y la desesperanza hacia el futuro. Por su parte, la vulnerabilidad al daño se relaciona con los síntomas ansiosos asociados a la amenaza física o psicológica y a la baja autoeficacia (Beck & Clark, 1988). Aunque el esquema de vulnerabilidad también se relaciona con antecedentes de abuso emocional (Lumley & Harkness, 2007), Young y colaboradores (1994, 2003), sugieren que el esquema de vulnerabilidad se relaciona específicamente con antecedentes de abuso físico en la infancia implicando cogniciones de peligro, por ejemplo “parece que no puedo escapar de la sensación de que algo malo está a punto de suceder”. El fracaso se relaciona con temas de pérdida e inutilidad, por ejemplo “soy un incompetente en lo que respecta al logro” (Young 1994, 2003). Por tanto, es importante diseñar la intervención teniendo en cuenta la sintomatología del paciente explorando detenidamente su historia vital relacionada con el desarrollo de determinados esquemas maladaptativos tempranos.

En referencia a los esquemas que influyen positivamente en el desenlace, hallamos que los esquemas de dependencia y autocontrol se asocian con una mayor mejoría en el BDI. Nuestros resultados son contradictorios a las conclusiones de algunos estudios que concluyen que el esquema de dependencia y autocontrol insuficiente se relacionan con la gravedad de los síntomas depresivos (Harris & Curtin, 2002; Shah & Waller, 2000).

El esquema de dependencia es la creencia de que uno es incapaz de manejar las propias responsabilidades cotidianas sin ayuda del otro (Young et al., 2003). Mientras que el esquema de autocontrol es la creencia de que uno no puede o no necesita controlar sus impulsos y sentimientos, éste esquema se relaciona con dificultades generalizadas para posponer la gratificación a corto plazo (Young et al., 2003). Asimismo, el esquema de dependencia puede no ser deseable en el desarrollo personal, aunque en algunos casos pueden favorecer el cumplimiento y la mejora terapéutica, incluso más en un contexto de apoyo como la terapia de grupo. El esquema de autocontrol podemos suponer que se relaciona con mejoría en la intervención, al poseer cogniciones que no son tan disfuncionales a nivel depresógeno y asociarse con menos gravedad en las experiencias negativas de la niñez. Nuestros hallazgos pueden estar influenciados por el cambio en la estabilidad de los esquemas maladaptativos en el contexto de tratamiento ambulatorio, tal y como concluyen Beevers y Miller (2004) y Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi y Pilkonis (1999) en sus estudios; aunque no hemos estudiado la estabilidad de los esquemas en nuestro estudio. Otro supuesto, es que las pacientes con esquemas de dependencia y autocontrol insuficiente se caractericen por ser menos evitativas de las relaciones sociales, respecto a los pacientes con esquemas de inhibición emocional, fracaso y vulnerabilidad al daño; y que por tanto obtengan mayor reforzamiento social (Carvalho & Hopko, 2011) en el contexto de la terapia grupal.

3.5.5. Estrategias de afrontamiento y desenlace terapéutico

En último lugar, evaluamos la relación entre las estrategias de afrontamiento y la mejoría terapéutica. El estilo cognitivo pasivo (hacer uso de estrategias de negación, uso de la religión y autocrítica) se relacionó negativamente con la mejoría en el HDRS, es decir, que las personas que tenía un estilo cognitivo pasivo mejoraron menos que las personas sin este estilo de afrontamiento. Así, las personas que no se castigaron a sí

mismas por los fracasos, que no recurrieron a la negativa para afrontar sus dificultades o que no evitaron pensar en lo que sucedió, mejoraron más en la terapia. Las personas sin el estilo pasivo podrían tener mayor sentido de control personal, lo cual se relaciona con la mejor salud psicológica (Haidt & Rodin, 1999). En el estudio de Frazier, Mortensen y Steward (2005), en mujeres con antecedentes de agresión sexual, concluyeron que el afrontamiento basado en la auto-culpa predijo mayor angustia psicológica. Por su parte, las mujeres que percibieron mayor control sobre su recuperación hicieron mayor uso de la reestructuración cognitiva, con una disminución de la angustia.

El afrontamiento emocional pasivo/evitativo, sorprendentemente, se asoció con una mejoría en las puntuaciones de HDRS. Hace referencia al uso de la descarga emocional, o la desconexión. Hemos de considerar que la forma de hacer frente a la situación estresante no opera de forma aislada, sino que media la relación con las características del factor estresante y los rasgos de personalidad. Por ejemplo, la exposición prologada a factores estresantes incontrolables, tal como los antecedentes de abuso en la infancia, predice el uso de estrategias de afrontamiento evitativas. Los entornos familiares tempranos, caracterizados por una crianza severa y hostil se asocian con déficits en los procesos de afrontamiento y con dificultades para manejar el estrés (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002), ya sea haciendo uso de la agresión o por medio de mecanismos de escape/evitación. La respuesta de afrontamiento deficiente relacionada con el entorno familiar temprano puede contribuir a la angustia psicológica crónica y niveles más altos de depresión (Repetti et al., 2002), así como respuestas autonómicas más elevadas frente al estrés (Seeman & Mcewen, 1996). La estrategia de desconexión se relaciona con la falta de reactividad emocional en pacientes con depresión grave (Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008; Vanderhasselt, 2016) y podría relacionarse con la susceptibilidad disminuida a estímulos que representan el sufrimiento de otra persona, de acuerdo con

la evidencia previa de déficits en la empatía cognitiva (Domes et al., 2016) y afectiva (Mattern et al., 2015).

Aunque la estrategia de la desconexión se ha considerado generalmente como una estrategia inadaptada (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012), su ubicación dentro de la personalidad facilita que se la considere desde una perspectiva más amplia y funcional. Por un lado, nos hace ser conscientes de que evitar (como escapar o congelar) es una característica del sistema de alarma (Hundt et al., 2013; LeDoux, 2012; Williams et al., 2014). Por otro lado, los resultados perjudiciales asociados a la desconexión, pueden no ser causados por las propias estrategias, sino por el rasgo de neuroticismo (Lahey, 2009). Por ejemplo, el autocontrol y la reevaluación positiva solo son efectivos en personas estables y no neuróticas, mientras que en los neuróticos la evasión es más efectiva (Bolger & Zuckerman, 1995; Ng & Diener, 2009).

La eficacia de la desconexión, en cuanto estrategia emocional pasiva, en nuestro grupo de pacientes puede estar relacionado con la sintomatología depresiva grave en el inicio del tratamiento. En referencia a los antecedentes de abuso físico, dicha estrategia puede ayudar a hacer frente al estado de hiperalerta continua y ansiedad social. Según Taylor y Stanton (2007) las estrategias de evitación, generalmente se asocian con psicopatología y también con un peor pronóstico de depresión. Hacer frente a la evitación puede ser útil en situaciones específicas, en particular aquellas que son a corto plazo e incontrolables (Suls & Fletcher, 1985). Sin embargo la evitación temprana puede comportar problemas a largo plazo cuando el estrés persiste (Levine et al., 1987). Otra posibilidad de interpretar nuestros resultados es que el estilo emocional pasivo sea efectivo para disminuir la intensidad de las emociones patológicas como la hiperemotividad, pudiendo también reducir los síntomas fisiológicos de la depresión del

modo "no siento, no sufro". Esta es una hipótesis que no hemos testado en nuestro estudio y que sería de trabajo para el futuro.

Implicaciones del estudio. En primer lugar, nuestro estudio se ha realizado con pacientes con una patología que implica alta cronicidad y alta prevalencia, en la que se requieren intervenciones adecuadas para reducir el malestar crónico. La alta prevalencia también requiere un buen manejo de los recursos de salud, siendo las terapias grupales una herramienta con una buena relación costo-beneficio. La incorporación del modelo de esquemas ha podido ser muy relevante en la mejoría de personas que padecen depresión crónica o persistente. A pesar de que algunos trabajos concluyen que se requiere un mínimo de 18 sesiones de tratamiento para lograr efectos suficientemente beneficiosos en la depresión crónica (Cuijpers et al., 2010), en nuestro estudio demostramos que una duración de 10 sesiones, esto es de tres meses, es suficiente para obtener resultados positivos de mejoría, dotando a los pacientes de estrategias para hacer frente a su sintomatología depresiva. En segundo lugar, es interesante evaluar los factores de riesgo asociados con la cronicidad en general o la depresión en sí misma, como la historia de maltrato infantil, los déficits en los recursos de afrontamiento y los patrones cognitivos disfuncionales tempranos. En tercer lugar, nuestros resultados son relevantes ya que, hasta la fecha, no hay muchos estudios sobre psicoterapia en la depresión crónica y, en concreto, sobre variables que afectan el pronóstico de la terapia. Nuestro estudio también tiene implicaciones prácticas de cara a ofrecer tratamientos más breves y basados en la evidencia en el área comunitaria de los centros de Salud Mental.

En resumen, este estudio pretendió estudiar por qué algunos pacientes con distimia mejoran más que otros en la TCC. La historia del abuso físico infantil, el estilo de

afrontamiento y algunos esquemas cognitivos parecen influir en el desenlace de la terapia.

Limitaciones del estudio. La principal limitación es que la presencia del diagnóstico clínico de distimia se verificó mediante la entrevista clínica SCID-I, pero no se evaluó la presencia de otros trastornos comórbidos. Aunque nuestro estudio extrae conocimiento de una muestra de mujeres esto se puede considerar una limitación a la hora de extrapolar los resultados en pacientes varones. El diseño no se ha realizado con un grupo de comparación, bien recibiendo otro tratamiento o bien sin tratamiento. Nuestra intervención debe demostrar su eficacia diferencial en comparación con otros tipos de terapias actualmente en el campo de la intervención en distimia. Además, otras variables no incluidas en el estudio pueden afectar el resultado de la terapia.

4. Conclusiones

4. Conclusiones

Hipótesis 1. Del análisis de *clúster* en función del DAPP-BQ se han obtenido dos tipos de perfiles en pacientes con distimia diferenciados en un grupo con una mayor elevación y severidad en la mayoría de las dimensiones de la patología de la personalidad.

Hipótesis 2. El grupo con mayor patología de la personalidad tuvo una puntuación superior en afrontamiento focalizado en la emoción y afrontamiento cognitivo pasivo, con mayor negación y autocrítica.

Hipótesis 3. Las mujeres que participan en el grupo han mejorado su sintomatología depresiva después de recibir la intervención grupal.

Hipótesis 4. Los dos grupos de pacientes con distimia mejoraron tras la intervención, no habiendo diferencias entre ellos.

Hipótesis 5. Ningún dominio de la patología de la personalidad ha mostrado ser un factor de riesgo de un mal desenlace terapéutico, aunque una mayor desregulación cognitiva fue una dimensión asociada a mejoría.

Hipótesis 6. Antecedentes de abuso físico implicó peor desenlace terapéutico.

Hipótesis 7. Las mujeres con menor mejoría en la terapia tienen puntuaciones más elevadas en el dominio de autonomía ejecución (concretamente el esquema de vulnerabilidad al daño y fracaso) y dominio de sobrevigilancia e inhibición (concretamente el esquema de inhibición). El dominio de desconexión – rechazo no se relaciona con menor mejoría en la terapia grupal.

Conclusiones

Hipótesis 8. Afrontamiento cognitivo pasivo fue un factor de riesgo de un peor desenlace terapéutico, mientras que afrontamiento emocional pasivo lo fue de un mejor desenlace en la terapia.

5. Referencias bibliográficas

- Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales. En *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Paidós.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372.
Doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Abramson, L. Y., & Seligman, M. E. P. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74.
Doi:10.1037//0021-843X.87.1.49
- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: Evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*, 34(1), 83–91. Doi:10.1017/S0033291703008559
- Akiskal, H. S. (1983). Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 140(1), 11–20.
- Akiskal, H. S. (1990). Toward a definition of dysthymia: Boundaries with personality and mood disorders. En Burton & Akiskal (Eds.), *Dysthymic disorder* (pp. 1-12). London: Gaskell.
- Akiskal, H. S. (1994). Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb05879.x
- Akiskal, H. S. (2001). Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *Journal of Affective Disorders*, 62(1-2), 17-31.
Doi:10.1016/S0165-0327(00)00347-5
- Akiskal, H. S., Bitar, A. H., Puzantian, V. R., Rosenthal, T. L., & Walker, P. W. (1978). The Nosological Status of Neurotic Depression: A Prospective Three- to Four-

Year Follow-up Examination in Light of the Primary-Secondary and Unipolar-Bipolar Dichotomies, 35(6), 756-766. *Archives of General Psychiatry*.
Doi:10.1001/archpsyc.1978.01770300098011

Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M. A., & Yerevanian, B. I. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801-10. Doi:10.1001/archpsyc.1983.01790060099013

Akiskal, H. S., King, D., Rosenthal, T. L., Robinson, D., & Scott-Strauss, A. (1981). Chronic depressions. Part 1. Clinical and familial characteristics in 137 probands. *Journal of Affective Disorders*, 3(3), 297–315.

Akiskal, H. S., Rosenthal, T. L., Haykal, R. F., Lemmi, H., Rosenthal, R. H., & Scott-Strauss, A. (1980). Characterological depressions. Clinical and sleep EEG findings separating “subaffective dysthymias” from “character spectrum disorders.” *Archives of General Psychiatry*, 37(7), 777–783.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-81
Doi:10.1037/a0023598

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 145–156. Doi:10.1037/0021-843X.115.1.145

American Psychiatric Association, APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th revised edition (DSM-IV-TR). Washington. DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Washington. DC: American Psychiatric

Association. Doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053

American Psychiatric Association, APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, APA (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd edition revised (DSM-III-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, APA (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, E. R., Veed, G. J., Inderbitzen-Nolan, H. M., & Hansen, D. J. (2010). An evaluation of the applicability of the tripartite constructs to social anxiety in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 195–207. Doi:10.1080/15374410903532643

Anderson, R. L., Klein, D. N., Riso, L. P., Ouimette, P. C., Lizardi, H., & Schwartz, J. E. (1996). The subaffective-character spectrum subtyping distinction in primary early-onset dysthymia: A clinical and family study. *Journal of Affective Disorders*, 26; 38(1), 13-22. Doi:10.1016/0165-0327(95)00088-7

Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 Suppl 1,21-5.

Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord*, 115(1–2), 112–121. Doi:10.1016/j.jad.2008.09.023.

Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2011). Childhood

- adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21–27. Doi:10.1007/s00406-010-0120-3
- Aragonès Benaiges, E., Gutiérrez Pérez, M. A., Piñol Moreso, J. L., Mèlich Teruel, N., Folch Pujol, S., & Labad Alquézar, A. (2003). Prevalencia, expresión e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*, 31(2), 120–125. Doi:10.1016/S0212-6567(03)79149-5
- Aragones, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*, 34(1):21-35. Doi:10.2190/C25N-W4NY-BN8W-TXN2
- Arnou, B. A. (2005). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12 (1), 6- 16. Doi:10.1016/S1077-7229(05)80035-5
- Arnou, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., ... Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 627–638. Doi:10.1037/a0031530
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65–72. Doi:10.1176/appi.ajp.2010.10040567
- Aschauer, H., & Schlogelhofer, M. (2003). Anxiety, depression, and personality. In Kasper den Boer & Ad Sitsen (Eds.), *Handbook of Depression and Anxiety* (Vol. 2nd, pp. 91–110). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., Höfler, M., & Beesdo-Baum, K. (2016). Does

low coping efficacy mediate the association between negative life events and incident psychopathology? A prospective-longitudinal community study among adolescents and young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 171–180. Doi:10.1017/S204579601500013X

Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., ... Haro, J. M. (2007). One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (2), 4-11.

Avagianou, P.A., & Zafiropoulou, M. (2008). Parental bonding and depression: personality as a mediating factor. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(3), 261–269. Doi:10.1515/IJAMH.2008.20.3.261

Azar, S. T., Reitz, E. B., & Goslin, M. C. (2008). Mothering: Thinking is part of the job description: Application of cognitive views to understanding maladaptive parenting and doing intervention and prevention work. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(4), 295-304. Doi:10.1016/j.appdev.2008.04.009

Azar, S. T., Robinson, L. R., & Proctor, S. N. (2012). Chronic Neglect and Services Without Borders: A Guiding Model for Social Service Enhancement to Address the Needs of Parents With Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(2), 130-156. Doi:10.1080/19315864.2011.592238

Azar, S. T., & Rohrbeck, C. A. (1986). Child Abuse and Unrealistic Expectations. Further Validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 867-868. Doi:10.1037/0022-006X.54.6.867

Baca, E., Saiz, J., Aguera, L., Caballero, L., Fernandez-Liria, A., Ramos, J., ... Porras,

- A. (1999). Validation of the Spanish version of the PRIME-MD: A procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *Actas españolas de psiquiatría*, 27(6):375-83.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V, McBride, C. C., Kennedy, S. H & Costa, P. T. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(6), 361–370. Doi:10.1037/a0013262.
- Bagby, R. M., & Ryder, A. G. (1999). Diagnostic discriminability of dysthymia and depressive personality disorder. *Depress Anxiety*, 10(2):41-9.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Schuller, D. R. (2003). Depressive personality disorder: a critical overview. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 16–22.
- Bagge, C. L., & Trull, T. J. (2003). DAPP-BQ: factor structure and relations to personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 19–32.
- Ball, J., Kearney, B., Wilhelm, K., Dewhurst-Savellis, J., & Barton, B. (2000). Cognitive behaviour therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(01), 71–85.
- Ball, S., Smolin, J., & Shekhar, A. (2002). A psychobiological approach to personality: Examination within anxious outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, 36(2), 97–103. Doi:10.1016/S0022-3956(01)00054-1
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 697–715.

Doi:10.1023/A:1013085904337

Barbe, R. P., Bridge, J. A., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Brent, D. A. (2004). Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(1), 77–83.

Doi:10.4088/JCP.v65n0113

Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and Adolescent Emotion Regulation: The Role of Parental Emotion Regulation and Expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(2), 198–212. Doi:10.1007/s10567-011-0092-5

Barnhofer, T., Brennan, K., Crane, C., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2014). A comparison of vulnerability factors in patients with persistent and remitting lifetime symptom course of depression. *Journal of Affective Disorders*, *152–154*(1), 155–161. Doi:10.1016/j.jad.2013.09.001

Barzega, G., Maina, G., Venturello, S., & Bogetto, F. (2001). Dysthymic disorder: Clinical characteristics in relation to age at onset. *Journal of Affective Disorders*, *66*(1), 39–46. Doi:10.1016/S0165-0327(00)00293-7

Baune, B. T., Caniato, R. N., Arolt, V., & Berger, K. (2009). The effects of dysthymic disorder on health-related quality of life and disability days in persons with comorbid medical conditions in the general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 161–166. Doi:10.1159/000206870

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York:

International Universities Press.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research, 1*, 23-36. Doi:10.1080/10615808808248218
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry, 42*(2), 142–148.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression: A treatment manual. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8* (1), 77-100. Doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch.Gen.Psychiatry, 4*, 561–571.
- Beck, A. T., & Young, J. E. (1985). Depression. En Barlow, D. H. (Eds.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 206–244). New York NY: Guilford Press
- Beck, J. T., & Worland, J. (1983). Rorschach developmental level and its relationship to subsequent psychiatric treatment. *Journal of Personality Assessment, 47*(3), 238–242. Doi:10.1207/s15327752jpa4703_3
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Depression-related negative cognition: Mood-state and trait dependent properties. *Cognitive Therapy and Research, 28* (3), 293-307. Doi: 10.1023/B:COTR.0000031804.86353.d1
- Benjamin, L. S., & Critchfield, K. L. (2010). An interpersonal perspective on therapy alliances and techniques. En Muran, J.C., & Barber, J.C. (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 123-149). New York, NY, US:

The Guilford Press.

- Benjamin, L. S., & Karpiak, C. P. (2001). Personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 487–491. Doi:10.1037/0033-3204.38.4.487
- Berenson, K. R., & Andersen, S. M. (2006). Childhood physical and emotional abuse by a parent: Transference effects in adult interpersonal relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(11), 1509-1522. Doi:10.1177/0146167206291671
- Berger, M., Brakemeier, E. L., Klesse, C., & Schramm, E. (2009). Affective disorders : The significance of psychotherapeutic approaches. *Nervenarzt*, 80(5), 540–555. Doi:10.1007/s00115-008-2624-x
- Berlin, L. J., Dodge, K. A., & Reznick, J. S. (2013). Examining pregnant women’s hostile attributions about infants as a predictor of offspring maltreatment. *JAMA Pediatrics*, 167(6):549-553. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.1212
- Bernet, C. Z., & Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and Anxiety*, 9(4), 169–174.
- Bernstein & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Gurriero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect, *151(8):1132-6*. Doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2003). Parsing reward. *Trends in Neurosciences*, 26 (9), 507-513. Doi:10.1016/S0166-2236(03)00233-9
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring

- psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (3), 241-258.
Doi:10.1521/bumc.66.3.241.23366
- Bird, T., Tarsia, M., & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15; 239:93-101. Doi:10.1016/j.jad.2018.05.057
- Blatt, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107–157.
Doi:10.1080/00797308.1974.11822616
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 47–91.
Doi:10.1016/0272-7358(92)90091-L
- Bleichmar, H. (1998). *Abances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Re, R., Ballesteros, J., Ibarra, N. (2003). A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Med Clin*, 120 (18), 693-700.
Doi:10.1157/13047695
- Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26. Doi:10.1016/j.cpr.2015.02.003
- Bohleber, W. (2010). *Destructiveness, Intersubjectivity and Trauma: The Identity Crisis of Modern Psychoanalysis*. London, UK: Karnac
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890–902.

Doi:10.1037/0022-3514.69.5.890

- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*(5), 374–385. Doi:10.1002/cpp.667
- Breslau, N., Koenen, K. C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R. M., ... Moffitt, T. E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: A prospective investigation. *Psychological Medicine*, *44*(9), 1937–1945. Doi:10.1017/S0033291713002651
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., ... Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(7), 569–576. Doi:10.1016/j.brat.2009.03.008
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, *14*(3), 357–364. Doi:10.1016/0145-2134(90)90007-G
- Brown, G. W., & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *British Journal of Psychiatry*, *165*(4), 447–456. Doi:10.2139/ssrn.2196064
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J., & Smailes, E. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1490–1496.
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Bell, B., ... Dunn, E. (1999). Prevalence of Dysthymic Disorder in Primary Care. *Journal of Affective Disorders*, *54*(3), 303–308.

- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., ... Kraemer, J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-Month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 317-330. Doi:10.1016/S0165-0327(01)00343-3
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676-91. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.001
- Cabanyes Truffino, J. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 3(4), 145-151. Doi:10.1016/S2173-5050(10)70024-8
- Caligor, E., Kernberg, O.F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Calvete, E., Estévez, A., De Arroyabe, E. L., & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire -short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99. Doi:10.1027/1015-5759.21.2.90
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicologia Conductual*, 16(1), 5-21.
- Calvete, E., & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 105-117. Doi:10.1007/s10802-011-9546-y
- Calvete, E., Orue, I., & González-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema

Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 283–290.

Doi:10.1027/1015-5759/a000158

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 399–410. Doi:10.1007/s10802-012-9691-y

Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sàez-Carles, M., & Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328–334. Doi:10.1016/j.psychres.2018.07.023

Candrian, M., Farabaugh, A., Pizzagalli, D. A., Baer, L., & Fava, M. (2007). Perceived stress and cognitive vulnerability mediate the effects of personality disorder comorbidity on treatment outcome in major depressive disorder: a path analysis study. *J Nerv Ment Dis*, 195(9), 729–737. Doi: 10.1097/NMD.0b013e318142cbd5

Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy*, 83(4), 333–349. Doi:10.1348/147608309X481351

Carter, J. D., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2011). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 252–61. Doi: 10.1016/j.jad.2010.07.002

Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500–505. Doi:10.1016/j.jad.2013.06.034

- Carter, J. D., McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Porter, R. J., Douglas, K., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2018). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9): 887-897. Doi:10.1177/0004867417750756
- Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., ... Wingenfeld, K. (2014). The Impact of Self-Reported Childhood Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 384-401. Doi:10.1080/15299732.2013.863262
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-62. Doi:10.1016/j.jbtep.2010.10.001
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704. Doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., & Harrington, H. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389. Doi:10.1126/science.1083968
- Caselles, C. E., & Milner, J. S. (2000). Evaluations of child transgressions, disciplinary

- choices, and expected child compliance in a no-cry and a crying infant condition in physically abusive and comparison mothers. *Child Abuse and Neglect*, 24(4), 477-491. Doi:10.1016/S0145-2134(00)00115-0
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. Doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225. Doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Chappa, H. J. (1985). Depresión enmascarada. En Chappa HJ, Fernández Cabriola R, Kalina Eduardo (Ed.), *Depresión enmascarada*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana S.A.
- Chocrón Bentata, L., Vilalta Franch, J., Legazpi Rodríguez, I., Auquer, K., & Franch, L. (1995). Prevalence of psychopathology at a primary care center. *Atencion Primaria*, 16 (10):586-90, 592-3.
- Chorpita, B. F., Plummer, C. M., & Moffitt, C. E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(3), 299–310. Doi:10.1023/A:1005152505888
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5 (35): 1-173. Doi:10.3310/hta5350
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and*

Psychopathology, 5(4), 629–647. Doi:10.1017/S0954579400006209

- Clark, L.A., & Watson, D. (2008). Temperament: An organizing paradigm for trait psychology. En John, O.P., Robins, R.W., Pervin, L.A. (Eds.), *Handbook of Personality*, 3rd edition (pp. 265–286). New York, NY: Guilford Press
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. En Pervin, L.A., & John, O.P. (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 399-423). New York, NY, US: Guilford Press.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1): 103-16
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990. Doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1099), 165–182. Doi:10.1002/cpp.690
- Cohen, P., Brown, J., & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13(4), 981–999. Retrieved from
- Colman, I., Kingsbury, M., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Patten, S., ... Thompson, A. H. (2016). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*, 46(3), 543–549. Doi:10.1017/S0033291715002032
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107. Doi:10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association

- between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203–211. Doi:10.1037/0022-006X.73.2.203
- Cooper, A. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. En Rothstein (Eds.), *The Reconstruction of Trauma* (pp. 41–56). Madison: International Universities Press
- Costa, & McCrae, R. R. (1992). Neo PI-R professional manual. *Psychological Assessment Resources*, 4(1), 5–13. Doi:10.1037/0003-066X.52.5.509
- Costa, P.T. & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcers effectiveness? In *Behavior Therapy*, 3 (2), 240-247
- Costello, E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(12), 1263–1271. Doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x
- Coyne, J. C. (1976). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40. Doi:10.1080/00332747.1976.11023874
- Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2005). The impact of early trauma on response to psychotherapy. *Clinical Neuroscience Research*, 4 (5-6), 405-411
Doi:10.1016/j.cnr.2005.03.004
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social Information-Processing Mechanisms in Reactive and Proactive Aggression. *Child Development*, 67(3):993-1002
Doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01778.x
- Crusto, C. A., Whitson, M. L., Walling, S. M., Feinn, R., Friedman, S. R., Reynolds, J., ... Kaufman, J. S. (2010). Posttraumatic stress among young urban children

- exposed to family violence and other potentially traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 716–724. Doi:10.1002/jts.20590
- Cuijpers, P., Huibers, M. J. H., & Furukawa, T. A. (2017). The Need for Research on Treatments of Chronic Depression. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 242. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4070
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 768–78. Doi:10.1016/j.cpr.2010.06.001
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *The American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1272–1280. Doi:10.1176/appi.ajp.2008.07091422
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22 (1), 9-15 Doi:10.1016/j.eurpsy.2006.11.001
- Cukor, D., & McGinn, L. K. (2006). History of Child Abuse and Severity of Adult Depression: The Mediating Role of Cognitive Schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 19–34. Doi: 10.1300/J070v15n03_02
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-95. Doi:10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Dean, A. L., Malik, M. M., Richards, W., & Stringer, S. A. (1986). Effects of Parental Maltreatment on Children's Conceptions of Interpersonal Relationships. *Developmental Psychology*, 22(5), 617-626. Doi:10.1037/0012-1649.22.5.617
- DeFife, J.A., Drill, R., Nakash, O., Westen, D. (2010). Agreement between clinician

- and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, 167 (12), 1472–1478. Doi:10.1176/appi.ajp.2010.09101489.
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 353–361. Doi:10.1016/j.chiabu.2008.08.002
- DePrince, A. P., Zurbriggen, E. L., Chu, A. T., & Smart, L. (2010). Development of the trauma appraisal questionnaire. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*. 19(3), 275-299. Doi: 10.1080/10926771003705072
- Derryberry, D., Reed, M. A., & Pilkenton-Taylor, C. (2003). Temperament and coping: Advantages of an individual differences perspective. *Development and Psychopathology*, 15(4), 1049-1066. Doi:10.1017/S0954579403000439
- DeYoung, C. G., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2011). Moderation of the association between childhood maltreatment and neuroticism by the corticotropin-releasing hormone receptor 1 gene. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(8), 898–906. Doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02404.x
- Dick, D. M., Agrawal, A., Keller, M. C., Adkins, A., Aliev, F., Monroe, S., ... Sher, K. J. (2015). Candidate Gene-Environment Interaction Research: Reflections and Recommendations. *Perspectives on Psychological Science*, 10(1), 37–59. Doi:10.1177/1745691614556682
- DiLillo, D., Damashek, A., & Peterson, L. (2001). Maternal use of baby walkers with young children: Recent trends and possible alternatives. *Injury Prevention*, 7(3), 223–227. Doi:10.1136/ip.7.3.223
- Dillon, D. G., Holmes, A. J., Birk, J. L., Brooks, N., Lyons-Ruth, K., & Pizzagalli, D. A. (2009). Childhood Adversity Is Associated with Left Basal Ganglia

- Dysfunction During Reward Anticipation in Adulthood. *Biological Psychiatry*, 66(3), 206–213. Doi:10.1016/j.biopsych.2009.02.019
- Dodge, K.A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In Perlmutter (Eds.), *Eighteenth Annual Minnesota Symposium on Child Psychology* (pp. 77-125). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social Information-Processing Patterns Partially Mediate the Effect of Early Physical Abuse on Later Conduct Problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632–643. Doi:10.1037/0021-843X.104.4.632
- Domes, G., Spenthof, I., Radtke, M., Isaksson, A., Normann, C., & Heinrichs, M. (2016). Autistic traits and empathy in chronic vs. episodic depression. *Journal of Affective Disorders*, 195, 144–147. Doi:10.1016/j.jad.2016.02.006
- Dougherty, L. R., Klein, D. N., & Davila, J. (2004). A growth curve analysis of the course of dysthymic disorder: The effects of chronic stress and moderation by adverse parent-child relationships and family history. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1012–1021. Doi:10.1037/0022-006X.72.6.1012
- Dowd, T. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 413-423.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). A longitudinal investigation of information processing and cognitive organization in clinical depression: Stability of schematic interconnectedness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 914–925. Doi:10.1037//0022-006X.69.6.914
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2003). The structure of the self-schema in clinical depression: Differences related to episode recurrence. *Cognition and Emotion*, 17(6), 933–941. Doi:10.1080/02699930302310

- Durbin, C. E., Klein, D. N., & Schwartz, J. E. (2000). Predicting the 2 1/2-year outcome of dysthymic disorder: The roles of childhood adversity and family history of psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 57-63.
Doi:10.1037//0022-006X.68.1.57
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect, 33*(1), 22–26.
Doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.004
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine, 38* (5), 611-23.
Doi:10.1017/S0033291707001614
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (5), 844–854.
- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect, 29*(5):597-619. Doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.008
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Larsen, D. K. (2000). Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(3), 263–268.
Doi:10.1177/070674370004500305
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating Etiological Models of Social Anxiety and Depression in Youth: Evidence for a Cumulative Interpersonal Risk Model. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14* (4), 329-376.
Doi:10.1007/s10567-011-0101-8
- Epstein, S. (2001). *Manual de inventario de pensamiento constructivo-CTI*. Madrid:

Tea Ediciones.

Evans, D. E., & Rothbart, M. K. (2007). Developing a model for adult temperament.

Journal of Research in Personality, 41(4), 868–888. Doi:10.1016/j.jrp.2006.11.002

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality*

Questionnaire. Journal of Personality Assessment, 43(1), 43-55.

Doi:10.1177/014662168000400106

Eysenck, H.J., & Eysenck M.W. (1985). *Personality and individual differences*. New

York: Plenum Press.

Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*.

New York: Crane, Russak & Co.

Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated

children: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and*

Adolescent Psychiatry, 31(5), 863–867. Doi:10.1097/00004583-199209000-00013

Fani, N., Bradley-Davino, B., Ressler, K. J., & McClure-Tone, E. B. (2011). Attention

bias in adult survivors of childhood maltreatment with and without posttraumatic

stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 57–67.

Doi:10.1007/s10608-010-9294-2

Fedida, P. (2001). *Des bienfaits de la depression*. Paris: Odile Jacob.

Feijo De Mello, M., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R.

(2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal

therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical*

Neuroscience, 255 (2), 75-82. Doi:10.1007/s00406-004-0542-x

Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse

discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*,

38(1), 79–92. Doi:10.1037/0012-1649.38.1.79

- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Paz, C., Montesano, A., Compañ, V., ... Lana, F. (2016). A dilemma-focused intervention for depression: A multicenter, a randomized controlled trial with a 3-month follow-up. *Depression and Anxiety*, 33(9), 862–869. Doi:10.1002/da.22510
- Feldman, S., & Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and Psychopathology*, 6 (1), 231-247. Doi:10.1017/S0954579400005976
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11). Doi:10.1371/journal.pmed.1001547
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and Natural Reinforcement. *Psychological Record*, 17, 341–347.
- Fertuzinhos, S. M., Oliveira, J. R., Nishimura, A. L., Pontual, D., Carvalho, D. R., Sougey, E. B., ... Zatz, M. (2004). Analysis of IL-1alpha, IL-1beta, and IL-1RA [correction of IL-RA] polymorphisms in dysthymia. *J Mol Neurosci*, 22(3), 251–256.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Fischer, S., King, S., Papadopoulos, A., Hotopf, M., Young, A. H., & Cleare, A. J. (2018). Hair cortisol and childhood trauma predict psychological therapy response in depression and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
Doi:10.1111/acps.12970
- Fitzgerald, P. B., Oxley, T. J., Laird, A. R., Kulkarni, J., Egan, G. F., & Daskalakis, Z. J. (2006). An analysis of functional neuroimaging studies of dorsolateral prefrontal cortical activity in depression. *Psychiatry Research*, 148(1), 33–45.
Doi:10.1016/j.psychresns.2006.04.006
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219.
Doi:10.2307/2136617
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26 (3), 309-317.
- Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11(4), 473–485. Doi:10.1007/BF01175357
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, Hollon SD, Amsterdam JD, Gallop R (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *J Consult Clin Psychol*, 77(4):775-87. Doi: 10.1037/a0015401
- Frazier, P. A., Mortensen, H., & Steward, J. (2005). Coping strategies as mediators of the relations among perceived control and distress in sexual assault survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 267-278. Doi:10.1037/0022-0167.52.3.267
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie (trad Cast.)*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Frías Ibáñez, Á., González Vallespí, L., Palma Sevillano, C., & Farriols Hernando, N. (2016). Motivation for change as a predictor of treatment response for dysthymia. *Psicothema*, 28(2), 156–160. Doi:10.7334/psicothema2015.211
- Fuente, A. D. La, Chang, E. C., Cardeñoso, O., & Chang, O. D. (2018). How Loneliness is Associated with Depressive Symptoms in Spanish College Students: Examining Specific Coping Strategies as Mediators. *Spanish Journal of Psychology*, 22, 21. Doi:10.1017/sjp.2018.56
- Fuller-Thomson, E., Battiston, M., Gadalla, T. M., & Brennenstuhl, S. (2014). Bouncing back: Remission from depression in a 12-year panel study of a representative Canadian community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(6), 903–910. Doi:10.1007/s00127-013-0814-8
- Gallardo-Moreno, G., Jiménez-Maldonado, M., González-Garrido, A., & Villaseñor-Cabrera, T. (2013). La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 14(4), 215–222.
- Gamble, S. A., Talbot, N. L., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Franus, N., Beckman, A. M., & Conwell, Y. (2006). Childhood sexual abuse and depressive symptom severity: The role of neuroticism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 382-385. Doi:10.1097/01.nmd.0000218058.96252.ac
- Garcia-Toro, M., Rubio, J. M., Gui, M., Roca, M., Jin, C. J., Liu, S. M., ... Blanco, C. (2013). Persistence of chronic major depression: A national prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 151 (1), 306-12. Doi:10.1016/j.jad.2013.06.013
- Gargyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., & Al., et. (1999). Personality disorder in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr.Scand*, 99 (5), 332–340.

- Gatt, J. M., Nemeroff, C. B., Dobson-Stone, C., Paul, R. H., Bryant, R. A., Schofield, P. R., ... Williams, L. M. (2009). Interactions between BDNF Val66Met polymorphism and early life stress predict brain and arousal pathways to syndromal depression and anxiety. *Molecular Psychiatry*, *14*(7), 681–695. Doi:10.1038/mp.2008.143
- Gibb, B. E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles. *Clinical Psychology Review*, *22*(2), 223–246. Doi:10.1016/S0272-7358(01)00088-5
- Gibb, B. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2004). Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(1), 1–21. Doi:10.1023/B:COTR.0000016927.18027.c2
- Gibb, B. E., Butler, A. C., & Beck, J. S. (2003). Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, *17*(4), 226–228. Doi:10.1002/da.10111
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety*, *24*(4), 256–263. Doi:10.1002/da.20238
- Gibb, B. E., & Hanley, A. J. (2010). Depression and interpersonal stress generation in children: Prospective impact on relational versus overt victimization. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(4), 358–367. Doi:10.1521/ijct.2010.3.4.358
- Gibb, B. E., Schofield, C. A., & Coles, M. E. (2009). Reported history of childhood abuse and young adults' information-processing biases for facial displays of emotion. *Child Maltreatment*, *14*(2), 148–156. Doi: 10.1177/1077559508326358
- Gilman, S. E., Trinh, N. H., Smoller, J. W., Fava, M., Murphy, J. M., & Breslau, J. (2013). Psychosocial stressors and the prognosis of major depression: A test of

Axis IV. *Psychological Medicine*, 43(2), 303–316.

Doi:10.1017/S0033291712001080

Glaser, J. P., van Os, J., Portegijs, P. J. M., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 229–236.

Doi:10.1016/j.jpsychores.2006.04.014

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72. Doi:10.1016/S0165-0327(97)00199-7

Glover, D. A., Loeb, T. B., Carmona, J. V., Sciolla, A., Zhang, M., Myers, H. F., & Wyatt, G. E. (2010). Childhood sexual abuse severity and disclosure predict posttraumatic stress symptoms and biomarkers in ethnic minority women. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11(2), 152–173. Doi:10.1080/15299730903502920

Gold, P. W. (2005). The neurobiology of stress and its relevance to psychotherapy. *Clinical Neuroscience Research*, 4 (5-6), 315–324. Doi:10.1016/j.cnr.2005.03.006

Goldsmith, R., Chesney, S., Heath, N., & Barlow, M. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 376–384.

Gong, J., & Chan, R. C. K. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493–500. Doi:10.1016/j.psychres.2017.11.019

Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first

onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2), 113–123.

Griffiths, J., Ravindran, A. V., Merali, Z., & Anisman, H. (2000). Dysthymia: a review of pharmacological and behavioral factors. *Molecular Psychiatry*, 5(3), 242–261.

Doi:10.1038/sj.mp.4000697

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. Doi:10.1037/1089-2680.2.3.271

Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2008). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de La Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66–72.

Guelfi, J. D. (1993). Comorbidity of anxiety-depression and its treatment. *L'Encéphale*, 2, 397–404.

Guhn, A., Sterzer, P., Haack, F. H., & Köhler, S. (2018). Affective and cognitive reactivity to mood induction in chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 15; 229, 275–281. Doi:10.1016/j.jad.2017.12.090

Gulley, L. D., Oppenheimer, C. W., & Hankin, B. L. (2014). Associations among negative parenting, attention bias to anger, and social anxiety among youth. *Developmental Psychology*, 50(2), 577–585. Doi:10.1037/a0033624

Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Gornemann, I., Canellas, F., Gratacós, M., Guitart, M., Roca, M., Costas, J., Ivorra, J., Navinés, R., de Diego-Otero, Y., Vilella, E. S. J. (2015). Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach. *Eur Psychiatry*, 30(6), 701–708.

Gutierrez-Zotes, J. A., Gutierrez, F., Valero, J., Gallego, E., Bailles, E., Torres, X., ... Livesley, W. J. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders*,

22(4), 389–404. Doi:10.1521/pedi.2008.22.4.389

Guyer, A. E., Kaufman, J., Hodgdon, H. B., Masten, C. L., Jazbec, S., Pine, D. S., & Ernst, M. (2006). Behavioral Alterations in Reward System Function: The Role of Childhood Maltreatment and Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1059–1067. Doi:10.1097/01.chi.0000227882.50404.11

Haefffel, G. J., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Dykman, B. M., Donovan, P., Hogan, M. E., ... Alloy, L. B. (2005). Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes, and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion*, 5(3), 343–348. Doi:10.1037/1528-3542.5.3.343

Haidt, J., & Rodin, J. (1999). Control and Efficacy as Interdisciplinary Bridges. *Review of General Psychology*, 3(4):317-337. Doi:10.1037/1089-2680.3.4.317

Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(5), 394–407. Doi:10.1002/cpp.618

Hamilton, M.A. (1960). Hamilton Depression Rating Scale, HDRS. *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56–62.

Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. E. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 782–787.

Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and*

Social Psychology Bulletin, 31(1), 136-151. Doi:10.1177/0146167204271324

- Hanson, J. L., Hariri, A. R., & Williamson, D. E. (2015). Blunted ventral striatum development in adolescence reflects emotional neglect and predicts depressive symptoms. *Biological Psychiatry*, 78(9), 598–605. Doi:10.1016/j.biopsych.2015.05.010
- Harkness, K. L., Michael Bagby, R., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2002). Major Depression, Chronic Minor Depression, and the Five-Factor Model of Personality. *European Journal of Personality*, 16, 271-281. Doi:10.1002/per.441
- Harkness, K. L., Michael Bagby, R., & Kennedy, S. H. (2012). Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 342-353. Doi:10.1037/a0027665
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405–416. Doi:10.1023/A:1016085112981
- Härter, M., Jansen, A., Berger, M., Baumeister, H., Bschor, T., Harfst, T., Hautzinger, M., Kriston, L., Kühner, C., Schauenburg, H., Schorr, S.G., Schneider, F., Meister, R. (2018). Psychotherapy of depressive disorders: Evidence in chronic depression and comorbidities. *Leitthema*, 89(3), 252–262.
- Hartlage, S., Arduino, K., & Alloy, L. B. (1998). Depressive personality characteristics: State dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 349–354. Doi:10.1037/0021-843X.107.2.349
- Haskett, M. E., Smith Scott, S., Grant, R., Ward, C. S., & Robinson, C. (2003). Child-related cognitions and affective functioning of physically abusive and comparison

parents. *Child Abuse and Neglect*, 27(6), 66 3-86. Doi: 10.1016/S0145-2134(03)00103-0

Haug, J. A., Miceli, M., & DeLorme, J. (2017). Maladaptive Parenting, Temperament, Early Maladaptive Schemas, and Depression: A Moderated Mediation Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 103–116. Doi:10.1007/s10862-016-9559-5

Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257–276. Doi: 10.1891/0889-8391.25.4.257

Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1864–1870. Doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1864

Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 623–627. Doi:10.1037/0022-006X.64.3.623

Haykal, R. F., & Akiskal, H. S. (1999). The long-term outcome of dysthymia in private practice: Clinical features, temperament, and the art of management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(8), 508–518. Doi:10.4088/JCP.v60n0802

Hedges, L. (1997). Surviving the transference psychosis. En L.Hedges, R. Hilton. V. Hilton y O.J.Caudill (Eds.), *The Therapist at risk: Perills of the intimacy of therapeutic relationship* (pp.109-145). Northvale, NJ:Jason Aronson.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710.

Doi:10.1016/j.psyneuen.2008.03.008; 10.1016/j.psyneuen.2008.03.008

Hellerstein, D. J., Hunnicutt-Ferguson, K., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Keller, S., Peterson, B. S., & Chen, Y. (2017). Do social functioning and symptoms improve with continuation antidepressant treatment of persistent depressive disorder? An observational study. *Journal of Affective Disorders*, 210, 258–264.
Doi:10.1016/j.jad.2016.12.026

Henry, K. L., Thornberry, T. P., & Lee, R. D. (2015). The Protective Effects of Intimate Partner Relationships on Depressive Symptomatology among Adult Parents Maltreated as Children. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 150–156.
Doi:10.1016/j.jadohealth.2015.02.015

Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships Between Childhood Maltreatment, Parenting Style, and Borderline Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727–736.
Doi:10.1521/pedi.2012.26.5.727

Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518.
Doi:10.1177/0886260512468240

Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994). Resilient early school - Age children from maltreating homes: Outcomes in Late Adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(2), 301–309. Doi: 10.1037/h0079517

Higgins, J. P. T., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539–1558. Doi: 10.1002/sim.1186

Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith,

- S.R., Holdwick, D.J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1858–1863.
- Hinrichsen, H., Waller, G., & Emanuelli, F. (2004). Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: Associations with core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 784–787. Doi: 10.1097/01.nmd.0000144698.69316.02
- Hirschfeld, R. M., Klerman, G. L., & Gough, H. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41, 610–618.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., ... Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627–644. Doi:10.1007/s10608-005-9630-0
- Hollon, S.F., & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp.428-466). Nueva York: Wiley
- Holohan, C.J., Moos, R.H., Holohan, C.K. & Cronkite, R. C. (1999). Resource loss, resource gain, and depressive symptoms: a 10-year model. *J. Pers. Soc. Psychol*, 77(3), 620–629.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression - A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3): 1-13. Doi:10.1016/j.jad.2010.03.025
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. Doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood

trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66–74. Doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x

Howland, R. H. (1991). Pharmacotherapy of dysthymia: a review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11(2), 83–92. Doi:10.1097/00004714-199104000-00003

Howland, R.(2004). Psychopharmacology of dysthymia. En Alpert, J., & Fava (Eds.), *Handbook of Chronic Depression: Diagnosis and Therapeutic Management*. (pp. 139–158.). New York: Marcel Dekker.

Howland, R. H. (1993). General health, health care utilization, and medical comorbidity in dysthymia. *Int J Psychiatry Med*, 23(3):211-38. Doi:10.2190/axcu-p704-23xq-cqtr

Huh, H. J., Kim, S.Y., Yu, J. J., & Chae, J.H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 16, 13:26. Doi:10.1186/s12991-014-0026-y

Hundt, N. E., Williams, A. M., Mendelson, J., & Nelson-Gray, R. O. (2013). Coping mediates relationships between reinforcement sensitivity and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 54(6), 726–731. Doi:10.1016/j.paid.2012.11.028

Hung, C. I., Liu, C. Y., & Yang, C. H. (2019). Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 243, 255–261. Doi:10.1016/j.jad.2018.09.068

Huprich, S. K. (2000). Describing depressive personality analogues and dysthymics on the NEO-personality inventory-revised. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12),

1521–1534. Doi: 10.1002/1097-4679(200012)56:12<1521::AID-4>3.0.CO;2-I

Huprich, S. K. (2001). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia, reconsidered. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(4), 158–168.

Huprich, S. K., Defife, J., & Westen, D. (2014). Refining a complex diagnostic construct: Subtyping Dysthymia with the Shedler-Westen Assessment Procedure-II. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 186–192.
Doi:10.1016/j.jad.2013.09.008

Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J., & Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 25(3), 207–217. Doi:10.1002/da.20290

Jacobvitz, D., & Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. En Salomon & George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 127-159). New York, New York, NY, US: Guilford Press.

Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525–551.
Doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 231–253. Doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.011

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical Maltreatment Victim to Antisocial Child: Evidence of an Environmentally Mediated Process. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 44–55. Doi:10.1037/0021-843X.113.1.44

- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(2), 184–194. Doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02304.x
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, (1), 142-146. Doi:10.1111/j.1939-0025.1986.tb01551.x
- Jang, K. L., Lam, R. W., Harris, J. A., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (1998). Seasonal mood change and personality: an investigation of genetic co-morbidity. *Psychiatry Research*, 78(1–2), 1–7.
- Jang, K. L., Livesley, W. J., & Vemon, P. A. (1996). Heritability of the Big Five Personality Dimensions and Their Facets: A Twin Study. *Journal of Personality*, 64(3), 577–592. Doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00522.x
- Janoff-Bulman, R., & McPherson Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. En Power, M., & Brewin, C. (Eds.), *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies: Integrating Theory and Practice* (pp. 91–106). Sussex, England: Wiley.
- Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., ... Padberg, F. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry*, 33, 18–36. Doi:10.1016/j.eurpsy.2015.12.003
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600–606.

Doi:10.1001/archpsyc.56.7.600

- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2005). Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Research, 136*(2–3), 113–121. Doi:10.1016/j.psychres.2005.02.007
- Joiner, T. E. (2000). Depression's Vicious Scree: Self-Propagating and Erosive Processes in Depression Chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 203–218. Doi:10.1093/clipsy/7.2.203
- Jonson-Reid, M., Presnall, N., Drake, B., Fox, L., Bierut, L., Reich, W., ... Constantino, J. N. (2010). Effects of Child Maltreatment and Inherited Liability on Antisocial Development: An Official Records Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(4), 321–332. Doi:10.1097/00004583-201004000-00007
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(3): 236–248.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia: a clinical overview. *J Clin Psychiatry, 55* Suppl:5-9.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., ... Keller, M. B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*(8): 694-700. Doi:10.1001/archpsyc.55.8.694
- Jylha, P., Melartin, T., & Isometsa, E. (2009). Relationships of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 114*(1–3), 110–121. Doi:10.1016/j.jad.2008.06.011; 10.1016/j.jad.2008.06.011
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts

- long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 176–187. Doi: 10.1037/0021-843X.116.1.176
- Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 444–454. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Kaya Tezel, F., Tutarel Kişlak, Ş., & Boysan, M. (2015). Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(3):226-232. Doi:10.5152/npa.2015.7118
- Keller, M., & Wunder, J. (1992). Trastornos depresivos. En Hyman & Jenike (Eds.), *Manual de problemas clínicos en psiquiatría*. Barcelona: Masson
- Keller, M. B. (1994). Dysthymia in clinical practice: course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 383, 24–34.
- Keller, M. B., Klein, D. N., Hirschfeld, R. M., Kocsis, J. H., McCullough, J. P., Miller, I., ... Marin, D. B. (1995). Results of the DSM-IV mood disorders field trial. *The American Journal of Psychiatry*, 152(6), 843–849.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Endicott, J., Coryell, W., & Klerman, G. L. (1983). “Double depression”: Two-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 140(6), 689–694.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., ... Zajecka, J. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462–1470. Doi:10.1056/NEJM200005183422001
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2010). Dependent stressful life events and prior

- depressive episodes in the prediction of major depression: The problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1120-1127. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.136
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1133–1145. Doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1133
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). Personality and Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(10): 1113-20. Doi:10.1001/archpsyc.63.10.1113
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475–1482. Doi:10.1017/S003329170400265X
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50(11), 853–862.
- Kercher, A. J., Rapee, R. M., & Schniering, C. A. (2009). Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(7), 903–915. Doi:10.1007/s10802-009-9325-1; 10.1007/s10802-009-9325-1
- Kernberg, O. (1986). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic strategies*. Vail-Ballou Press, Binghamton, New York: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800–822. Doi:10.1177/000306517001800403
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review*

of Psychology, 48(1), 191–214. Doi:10.1146/annurev.psych.48.1.191

Kessler, R. C. P., McGonagle, K. A. P., Zhao, S. P., Nelson, C. B. M. P. H., Hughes, M. P., Eshleman, S. M. A., ... Kendler, K. S. M. D. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry January*, 51(1), 8-19.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(6), 706–716. Doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x

Kim, S. W., Kang, H. J., Kim, S. Y., Kim, J. M., Yoon, J. S., Jung, S. W., ... Jun, T. Y. (2013). Impact of childhood adversity on the course and suicidality of depressive disorders: The crescent study. *Depression and Anxiety*, 30(10), 965-74. Doi:10.1002/da.22088

Klein, A. M., & Glaesmer, H. (2012). Genetics, gene-environment-interactions and epigenetics in the development of depressive disorders . *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(3-4), 95-101. Doi:10.1055/s-0032-1306320

Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., ... Wisniewski, S. R. (2009). Early adversity in chronic depression: Clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 26(8), 701–710. Doi:10.1002/da.20577

Klein, D. N., Durbin, C. E., Shankman, S. A., & Santiago, N. J. (2002). Depression and personality. En Gotlib H., & Iann, H. (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 115-140). New York, NY, US: Guilford Press.

- Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-Year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(3), 1–2. Doi:10.1037/abn0000147
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 269–295. Doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
- Klein, D. N., & Miller, G. A. (1993). Depressive personality in nonclinical subjects. *The American Journal of Psychiatry, 150*(11), 1718–1724.
- Klein, D. N., Riso, L. P., Donaldson, S. K., Schwartz, J. E., Anderson, R. L., Ouimette, P. C., ... Aronson, T. A. (1995). Family Study of Early-Onset Dysthymia: Mood and Personality Disorders in Relatives of Outpatients with Dysthymia and Episodic Major Depression and Normal Controls. *Archives of General Psychiatry, 52*(6), 487-96. Doi:10.1001/archpsyc.1995.03950180073010
- Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology, 59*(8): 807-16. Doi:10.1002/jclp.10174
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Rose, S., & Leader, J. B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 931–939. Doi:10.1176/appi.ajp.157.6.931
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 872–880. Doi:10.1176/appi.ajp.163.5.872
- Klein, D. N., Taylor, E. B., Harding, K., & Dickstein, S. (1988). Double depression and episodic major depression: Demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *American Journal of*

Psychiatry, 145(10), 1226-31. Doi: 10.1176/ajp.145.10.1226

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984).

Interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 342-351. Doi: 10.1192/apt.bp.109.007641

Kocsis, J. H. (2003). Pharmacotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 885-892. Doi:10.1002/jclp.10180

Kocsis, J. H., & Frances, A. J. (1987). A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144(12), 1534-1542

Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., ... McCullough, J. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: The REVAMP trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(11), 1178–1188. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.144

Köhler, S., Chrysanthou, S., Guhn, A., & Sterzer, P. (2019). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment, 36(1), 18-30. *Depression and Anxiety*. Doi: 10.1002/da.22835

Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., ... Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 130–138. Doi:10.1016/j.jad.2010.04.031

Korotana, L. M., Dobson, K. S., Pusch, D., & Josephson, T. (2016). A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology Review*, 46, 59-90. Doi:10.1016/j.cpr.2016.04.007

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality

- traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5),768-821.Doi:10.1037/a0020327
- Kraepelin E. (1921). Manic Depressive Insanity and Paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894-902. Doi:10.1038/nature07455
- Kriston, L., von Wolff, A., & Hölzel, L. (2010). Effectiveness of psychotherapeutic, pharmacological, and combined treatments for chronic depression: A systematic review (METACHRON). *BMC Psychiatry*, 23,10:95. Doi:10.1186/1471-244X-10-95
- Kriston, L., Von Wolff, A., Westphal, A., Hölzel, L. P., & Haerter, M. (2014). Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: A network meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 31(8), 621–630. Doi:10.1002/da.22236
- Kronfol, Z., & Remick, D. G. (2000). Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 683–694. Doi:10.1176/appi.ajp.157.5.683
- Kudinova, A. Y., Gibb, B. E., McGeary, J. E., & Knopik, V. S. (2015). Brain derived neurotrophic factor (BDNF) polymorphism Moderates the interactive effect of 5-HTTLPR polymorphism and childhood abuse on diagnoses of major depression in women. *Psychiatry Research*, 225(3), 746-747. Doi:10.1016/j.psychres.2014.10.030
- Lahey, B. B. (2009). Public Health Significance of Neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. Doi:10.1037/a0015309
- Lamis, D. A., Wilson, C. K., King, N. M., & Kaslow, N. J. (2014). Child Abuse, Social Support, and Social Functioning in African American Children. *Journal of Family*

Violence, 29(8), 881–891. Doi:10.1007/s10896-014-9639-9

Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics*, 156(8), 824–830.

Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, 12(3), 233–245. Doi:10.1177/1077559507301841

Lansford, J. E., Woodlief, D., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., ... Dodge, K. A. (2014). A longitudinal examination of mothers' and fathers' social information processing biases and harsh discipline in nine countries. *Development and Psychopathology*, 26(3), 561–573. Doi:10.1017/S0954579414000236

Lara, M. E., & Klein, D. N. (1999). Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: Implications for understanding chronic depression. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 553-70. Doi:10.1016/S0272-7358(98)00066-X

Larstone Jang, K.L., Livesley, W.J., Vernon, P.A., & Wolf, H. R. M. (2002). The Relationships between Eysenck's P-E-N Model of Personality, the Five-Factor Model of Personality, and Traits Delineating Personality Disorder. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 25–37.

Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665–673. Doi:10.1037/0003-066X.55.6.665

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282–325). New York: Guilford Press. Doi:10.1016/S0002-7138(09)61635-6

- Lazarus R.S., & Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leader, J. B., & Klein, D. N. (1996). Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37(2-3), 91-101.
- LeDoux, J. E. (2012). Evolution of human emotion. A view through fear. *Progress in Brain Research*, 195, 431-42. Doi:10.1016/B978-0-444-53860-4.00021-0
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401-419. Doi:10.1016/S0272-7358(99)00057-4
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22. Doi:10.1192/bjp.bp.110.082776
- Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, J. C., Rucci, P., & Frank, E. (2012). The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 719-729. Doi:10.1037/a0029396
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., ... Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(2), 109-117. Doi:10.1097/00006842-198703000-00001
- Lewinsohn, P.M., Hoberman., Teri, L., Hautzinger, M. (1985). An integraty theory of depression. En Reiss S., & Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press Inc.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of

- depression. En Davidson P.O. (Eds.), *The Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain* (pp. 91–146). New York: Brunner/Mazel.
- Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brücher, K., & Petermann, F. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(5), 330–337. Doi:10.3109/08039488.2011.552121
- Li, J. M., Zhang, Y., Su, W. J., Liu, L. L., Gong, H., Peng, W., & Jiang, C. L. (2018). Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *268*, 243–250. Doi:10.1016/j.psychres.2018.07.020
- Li, M., D’Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717–30. Doi:10.1017/S0033291715002743
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press. Doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Litrownik, A. J., Lau, A., English, D. J., Briggs, E., Newton, R. R., Romney, S., & Dubowitz, H. (2005). Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, *29*(5), 553–573. Doi: 10.1016/j.chiabu.2003.08.010
- Liu, R. T., Jager-Hyman, S., Wagner, C. A., Alloy, L. B., & Gibb, B. E. (2012). Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodes in adulthood. *Child Abuse and Neglect*, *36*(4), 323–332. Doi:10.1016/j.chiabu.2011.11.007
- Livesley, W.J., Jackson, D.N., Schroeder, M.L.(1989). A study of the factorial structure of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, *3*, 292–306.

- Livesley, W. J. (1990). *Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire*. London, Ontario: Research Psychologists Press.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 432–440.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality, 19*(4), 257-268.
Doi:10.1002/per.559
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 55*(10), 941–948.
- Livesley, W., Jackson, D. N., Gutierrez-Zotes, A., & Gutierrez, F. (2013). *Valoración Dimensional de la Patología de la Personalidad-Cuestionario Básico (DAPP-BQ), versión española*. Canada: SIGMA Assessment Systems Inc.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*(5), 639–657.
Doi:10.1007/s10608-006-9100-3
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2009). Childhood maltreatment and depressotypic cognitive organization. *Cognitive Therapy and Research, 33*(5), 511-522.
Doi:10.1007/s10608-009-9257-7
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews, 10*(6), 434-45. *Neuroscience*. Doi:10.1038/nrn2639
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of

hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. En Solomon & George (Eds), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). New York: Guilford.

Lysaker, P. H., Meyer, P. S., Evans, J. D., Clements, C. A., & Marks, K. A. (2001). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(11), 1485–1488. Doi:10.1176/appi.ps.52.11.1485

Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373–378. Doi:10.1192/bjp.176.4.373

Maddux, R. E., Riso, L. P., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Arnow, B. A., ... Thase, M. E. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 174–179. Doi:10.1016/j.jad.2009.01.010

Maeda, F., Keenan, J. P., & Pascual-Leone, A. (2000). Interhemispheric asymmetry of motor cortical excitability in major depression as measured by transcranial magnetic stimulation. *British Journal of Psychiatry*, 177, 169–173. Doi:10.1192/bjp.177.2.169

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.

Makin-Byrd, K., & Azar, S. T. (2011). Beliefs and Attributions of Partner Violence Perpetrators: The Physical and Psychological Violence of Adolescent Males.

Violence and Victims, 26(2), 177-90. Doi: 10.1891/0886-6708.26.2.177

Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68–79. Doi:10.1037/0033-2909.114.1.68

Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6(1), 121-143. Doi:10.1017/S0954579400005915

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. a, & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759–782.

Mannarino, A., Cohen, J., & Berman, S. (2005). The children's attributions and perceptions scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 23(2), 204-211. Doi:10.1207/s15374424jccp2302_9

Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S. I. S., Pirkola, S., Peña, S., Ahola, K., ... Härkänen, T. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders*, 173, 73–80. Doi:10.1016/j.jad.2014.10.015

Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157. Doi:10.1037/0022-3514.88.1.139

Markowitz, J. C. (1995). Psychotherapy of dysthymic disorder. En Kocsis, J.H., Klein

(Eds.), *Diagnosis and Treatment of Chronic Depression* (pp. 146–168). New York, NY. Guilford Press

Markowitz, J. C., Klerman, G. L., Clougherty, K. F., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Fishman, B., ... Perry, S. W. (1995). Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *American Journal of Psychiatry*, *152*(10), 1504-1509. Doi:10.1176/ajp.152.10.1504

Markowitz, J. C., Moran, M. E., Kocsis, J. H., & Frances, A. J. (1992). Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, *24*(2), 63-71. Doi:10.1016/0165-0327(92)90020-7

Martin, D. J., Garske, J. P., & Katherine Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(3), 438–450. Doi:10.1037//0022-006X.68.3.438

Massing-Schaffer, M., Liu, R. T., Kraines, M. A., Choi, J. Y., & Alloy, L. B. (2015). Elucidating the relation between childhood emotional abuse and depressive symptoms in adulthood: The mediating role of maladaptive interpersonal processes. *Personality and Individual Differences*, *74*, 106–111. Doi:10.1016/j.paid.2014.09.045

Matheson, K., & Anisman, H. (2003). Systems of coping associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: A multivariate profile perspective. *Stress*, *6*(3), 223-34. Doi:10.1080/10253890310001594487

Mattern, M., Walter, H., Hentze, C., Schramm, E., Drost, S., Schoepf, D., ... Schnell, K. (2015). Behavioral evidence for an impairment of affective theory of mind capabilities in chronic depression. *Psychopathology*, *48*(4), 240-50. Doi: 10.1159/000430450

- McCarthy, M. C., & Lumley, M. N. (2012). Sources of Emotional Maltreatment and the Differential Development of Unconditional and Conditional Schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*(4), 288–297. Doi:10.1080/16506073.2012.676669
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *277*(17), 1362–1368.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(1), 81–90. Doi:10.1037/0022-3514.52.1.81
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, *13*(3-4), 241-263. Doi:10.1002/jclp.10176
- McCullough, J. P., Klein, D. N., Keller, M. B., Holzer, C. E., Davis, S. M., Kornstein, S. G., ... Harrison, W. M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): Validity of the distinction. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(3), 419–427. Doi:10.1037//0021-843X.109.3.419
- McCullough, J. P., McCune, K. J., Kaye, A. L., Braith, J. A., Friend, R., Christopher Roberts, W., ... Hampton, C. (1994). Comparison of a community dysthymia sample at screening with a matched group of nondepressed community controls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *182*(7), 402-7. Doi:10.1097/00005053-199407000-00006

- McDermut, W., Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2003). The construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(1), 49–60.
Doi:10.1037/0021-843X.112.1.49
- McEwen, B. S. (2003). Stress and neuroendocrine function: Individual differences and mechanisms leading to disease. *Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice, 513-546*.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 986-1003. Doi:10.1016/j.cpr.2007.03.001
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience, 24*, 1161–1192. Doi:10.1146/annurev.neuro.24.1.1161
- Merikangas, K., Jian-ping, H., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Lihong, C., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980–989.
Doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.Lifetime
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: the role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 987–996. Doi:10.1037/0022-006X.71.6.987
- Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance: Theory, research, and practice. En Muran & Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 97-122). New York, NY: Guilford Press

- Michalak, E. E., Jang, K. L., Tam, E. M., Yatham, L. N., Lam, R. W., & Livesley, W. J. (2004). A comparison of personality function among patients with seasonal depression, nonseasonal depression, and nonclinical participants. *Journal of Personality Disorders, 18*(5), 448–458. Doi:10.1521/pedi.18.5.448.51328
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 951–963. Doi: 10.1037/ccp0000042
- Middeldorp, C. M., Cath, D. C., Beem, A. L., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Life events, anxious depression and personality: a prospective and genetic study. *Psychological Medicine, 38*(11), 1557–1565. Doi:10.1017/S0033291708002985
- Miller, A. L., Kiely Gouley, K., Seifer, R., Zakriski, A., Eguia, M., & Vergnani, M. (2005). Emotion Knowledge Skills in Low-income Elementary School Children: Associations with Social Status and Peer Experiences. *Social Development, 14*(4), 637–651.
- Milner, J. (1999). Factores de riesgo. En Sanmartín (Eds.), *Violencia contra niños*, (pp.42). Barcelona: Ariel
- Milner, J. S. (2003). Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse and Neglect, 27*(1), 7-20. Doi:10.1016/S0145-2134(02)00506-9
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse and Neglect, 34*(4), 225–234. Doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.006
- Mineka, S., & Gilboa, E. (1998). Cognitive biases in anxiety and depression. En

- Scherer, K., & Davidson, R. (Eds.), *Emotions in Psychopathology: Theory and Research* (pp.216-228). New York: Oxford University Press.
- Mitjanas, T., Guarch, J., Puig, O., Torres, A., López, C., Jorquera, A., Salamero, M. (2004). Influencia de la comorbilidad trastorno distímico-trastorno de la personalidad en el tratamiento cognitivo-conductual en grupo para el trastorno distímico. *Rev Psiquiatría Fac Med*, 31(4), 174–182.
- Moch, S. (2011). Dysthymia: More than “minor” depression. *SA Pharmaceutical Journal*, 78(3), 38-43.
- Moore, R. D., Bone, L. R., Geller, G., Mamon, J. A., Stokes, E. J., & Levine, D. M. (1989). Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 261(3), 403-407.
Doi:10.1001/jama.1989.03420030077033
- Moskvina, V., Farmer, A., Swainson, V., O’Leary, J., Gunasinghe, C., Owen, M., ... Korszun, A. (2007). Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depression and Anxiety*, 24(3), 163–168.
Doi:10.1002/da.20216
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53–63. Doi:10.1007/s10896-009-9269-9
- Mueller, T. I., Lavori, P. W., Keller, M. B., Swartz, A., Warshaw, M., Hasin, D., ... Akiskal, H. (1994). Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *American Journal of Psychiatry*, 151(5), 701-6.
Doi:10.1176/ajp.151.5.701
- Mulder, R., Boden, J., Carter, J., Luty, S., & Joyce, P. (2017). Ten month outcome of

- cognitive behavioural therapy v. interpersonal psychotherapy in patients with major depression: A randomised trial of acute and maintenance psychotherapy. *Psychological Medicine*, 47(14), 2540-2547. Doi:10.1017/S0033291717001106
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 359-71. Doi:10.1176/appi.ajp.159.3.359
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., & Luty, S. E. (2003). The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients, 64(3), 259-64. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Muñoz, R.F., Aguilar-Gaxiolas, S., Guzmán, J. Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. RAND, CA, 2000.
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of Major Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212. Doi:10.1146/annurev-clinpsy-033109-132040
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 405-413. Doi: 10.1002/cpp.506
- Naar-King, S., Silvern, L., Ryan, V., & Sebring, D. (2002). Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence. *Journal of Family Violence*, 17(2), 133-149. Doi:10.1023/A:1015057416979
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151. Doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood

- Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*. Doi:10.1155/2015/650804
- Negt, P., Brakemeier, E.-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8). Doi:10.1002/brb3.486
- Ng, W., & Diener, E. (2009). Feeling bad? The “Power” of positive thinking may not apply to everyone. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 455-463. Doi:10.1016/j.jrp.2009.01.020
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 59(2), 139–145. Doi:10.1001/archpsyc.59.2.139
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. Doi:10.1192/bjp.bp.115.180752
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(24), 14293–14296.
- Neuhäuser, G., Fischer, G., & Riedesser, P. (2001). Lehrbuch der Psychotraumatologie. *Kindheit Und Entwicklung*, 10(2), 140-141. Doi:10.1026//0942-5403.10.2.140b
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of*

Psychiatry, 188, 13-20. Doi:10.1192/bjp.188.1.13

Neyer, F. J., & Lehnart, J. (2007). Relationships matter in personality development: evidence from an 8-year longitudinal study across young adulthood. *Journal of Personality*, 75(3), 535–568. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00448.x

Niculescu, A. B., & Akiskal, H. S. (2001). Proposed endophenotypes of dysthymia: Evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Molecular Psychiatry*, 6(4), 363-6. Doi:10.1038/sj.mp.4000906

Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science and Medicine*, 52(7), 985-998. Doi:10.1016/S0277-9536(00)00210-0

Nolen-Hoeksema, S. (1998). Ruminative coping with depression. En Heckhausen J., & Dweck C.S. (Ed.), *Motivation and Self-Regulation across the Life Span* (pp.237–256). New York, NY, US: Cambridge University Press. Doi:10.1017/CBO9780511527869

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 9(11). Doi:10.1371/journal.pmed.1001349

Nuyen, J., Volkers, A. C., Verhaak, P. F., Schellevis, F. G., Groenewegen, P. P., & Van den Bos, G. A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med*, 35(8), 1185-95. Doi:10.1017/S0033291705004812

O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 323–345. Doi:10.1002/jclp.20017

- Oitzl, M., Workel, J., Fluttert, M., Frösch, F., & Ronde Kloet, E. (2000). Maternal deprivation affects behaviour from youth to senescence: amplication of individual differences in spatial learning and memory in senescent Brown Norway rats. *European Journal of Neuroscience*, 12(10), 3771–3780. Doi:10.1046/j.1460-9568.2000.00231.x
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1978). Novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados (CIE-9). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1993). Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados (CIE-10). Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). La depresión. Nota descriptiva núm. 369.
- Ormel, J., Raven, D., Van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., ... Oldehinkel, A. J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45(2), 345–360. Doi:10.1017/S0033291714001469
- Ormel, J., Rosmalen, J., & Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 906–912. Doi:10.1007/s00127-004-0873-y
- Oxman, T. E., Barrett, J. E., Sengupta, A., Katon, W., Williams, J. W., Frank, E., & Hegel, M. (2001). Status of minor depression or dysthymia in primary care following a randomized controlled treatment. *General Hospital Psychiatry*, 23(6), 301–310. Doi:10.1016/S0163-8343(01)00166-9

- Parke, R. D. (1994). Progress , Paradigms , and Unresolved Problems: A Commentary on Recent Advances in Our Understanding of Children' s Emotions. *Merrill-Palmer Quarterly*, *40*(1), 157–169.
- Parker, G., Gladstone, G., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Roy, K. (2000). Do early adverse experiences establish a cognitive vulnerability to depression on exposure to mirroring life events in adulthood? *Journal of Affective Disorders*, *57*(1-3), 209-215. Doi:10.1016/S0165-0327(99)00091-9
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2013). Disrupted reinforcement learning and maladaptive behavior in women with a history of childhood sexual abuse: A high-density event-related potential study. *JAMA Psychiatry*, *70*(5), 499–507. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.728
- Pedrelli, P., Feldman, G. C., Vorono, S., Fava, M., & Petersen, T. (2008). Dysfunctional attitudes and perceived stress predict depressive symptoms severity following antidepressant treatment in patients with chronic depression. *Psychiatry Research*, *161*(3), 302–308. Doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.004
- Pepper, C. M., Klein, D. N., Anderson, R. L., Riso, L. P., Ouimette, P. C., & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, *152*(2), 239–247. Doi:10.1176/ajp.152.2.239
- Petrocelli, J., Glaser, B., Calhoun, G., & Campbell, L. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *23*(3), 183–191. <https://doi.org/10.1023/A:1010969321426>
- Phillips, K. A., Gunderson, J. G., Hirschfeld, R. M. A., & Smith, L. E. (1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, *147*(7), 830–837.
- Piaget, J. (1981). *Intelligence and Affectivity: Their Relationship During Child*

Development. Oxford, England: Annual Reviews.

- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 421–446.
Doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
- Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., & Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42(2–3), 145–153.
Doi:10.1016/S0165-0327(96)01405-X
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571–584.
Doi:10.1007/s10608-006-9027-8
- Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 323–338.
Doi:10.1037/0021-843X.112.3.323
- Pukrop, R., Gentil, I., Steinbring, I., & Steinmeyer, E. (2001). Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 450–456.
- Putnam, F. W., Helmers, K., Horowitz, L. A., & Trickett, P. K. (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19(5), 645–655. Doi:10.1016/0145-2134(95)00022-Z
- Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J. P., Kennedy, S. H., Rouillon, P. F., & Bagby, R. M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 241–50.
Doi:10.1016/j.jad.2007.10.022

- Ramklint, M., & Ekselius, L. (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 35–42. Doi:10.1016/S0165-0327(02)00028-9
- Rashed, S., Kamel, S., Hassan, M., & Mahfouz, A. (2001). Psychometric study of dysthymic patients and their first-degree relatives. *J Egypt Public Health Assoc*, 76(1-2), 89-105.
- Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., Bialik, R. J., ... Griffiths, J. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: Clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1608–1617. Doi:10.1176/ajp.156.10.1608
- Ravindran, A. V., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (1996). Primary dysthymia: A study of several psychosocial, endocrine and immune correlates. *Journal of Affective Disorders*, 40(1-2), 73-84. Doi:10.1016/0165-0327(96)00045-6
- Ravindran, A. V., Griffiths, J., Waddell, C., & Anisman, H. (1995). Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: Variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 19(4), 637-53. Doi:10.1016/0278-5846(95)00108-8
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71(1–3), 121–130. Doi:10.1016/S0165-0327(01)00389-5
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(2), 96–104. Doi:10.1002/cpp.519

- Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P., & Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS ONE*, *12*(5). Doi:10.1371/journal.pone.0177252
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, *8*(5), 787–804. Doi:10.1016/S0005-7894(77)80150-0
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(2), 166–180. Doi:10.1111/cpsp.12032
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *51*, 66-73. Doi:10.1016/j.jbtep.2015.12.001
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 581–590. Doi:10.1016/j.jad.2011.10.027
- Renner, F., Siep, N., Arntz, A., van de Ven, V., Peeters, F. P. M. L., Quaedflieg, C. W. E. M., & Huibers, M. J. H. (2017). Negative mood-induction modulates default mode network resting-state functional connectivity in chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, *208*, 590-596. Doi:10.1016/j.jad.2016.10.022
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring, *128*(2), 330-66. *Psychological Bulletin*.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on

depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414.

Doi:10.1016/j.psychres.2016.10.037

Rhebergen, D., Graham, R., Hadzi-Pavlovic, D., Stek, M., Friend, P., Barrett, M., & Parker, G. (2012). The categorisation of dysthymic disorder: can its constituents be meaningfully apportioned? *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 179-186.

Doi:10.1016/j.jad.2012.05.051

Riggs, S. A. (2010). Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5-51. Doi:10.1080/10926770903475968

Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., ... Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80. Doi:10.1037/0021-843X.112.1.72

Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529. Doi:10.1007/s10608-006-9015-z

Riso, L. P., Maddux, R. E., & Santorelli, N. T. (2007). Early Maladaptive Schemas in Chronic Depression. En Riso, L.P., du Toit, P.L., Stein, D.J., Young, J.E. (Eds.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 41-58). Washington, DC,US: American Psychological Association. Doi:10.1037/11561-003

Riso, L. P., Miyatake, R. K., & Thase, M. E. (2002). The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70(2), 103-115.

Robison, E. J., Shankman, S. A., & McFarland, B. R. (2009). Independent Associations Between Personality Traits and Clinical Characteristics of Depression. *The Journal*

of Nervous and Mental Disease, 197(7), 476–483.

Doi:10.1097/NMD.0b013e3181aad5fc

- Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & Lobbestael, J. (2011). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 471–479. Doi:10.1017/S1352465811000117
- Rose, D. T., & Abramson, L. Y. (1992). Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. En Cicchetti, D., & Toth, S.L. (Eds.). *Rochester symposium of developmental psychopathology, Vol. 4. Developmental perspectives on depression* (pp. 323–349). Rochester, NY, US: University of Rochester Press.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 207–212. Doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x
- Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2003). Interface between personality and depression. En Alpert, J.E (Eds.), *Handbook of Chronic Depression* (pp 19-48.). New York, NY: Marcel Dekker.
- Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). Personality disorders and the duration of depressive episode: a retrospective study. *Journal of Personality Disorders*, 16(4), 293–303. Doi:10.1521/pedi.16.4.293.24129
- Russell, J. M., Kornstein, S. G., Shea, M. T., McCullough, J. P., Harrison, W. M., Hirschfeld, R. M. A., & Keller, M. B. (2003). Chronic depression and comorbid personality disorders: Response to sertraline versus imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(5), 554–561. Doi:10.4088/JCP.v64n0510
- Ryder, A. G., & Bagby, R. M. (1999). Diagnostic viability of depressive personality

- disorder: theoretical and conceptual issues. *Journal of Personality Disorders*, 13(2), 27-99,152-156.
- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Dion, K. L. (2001). Chronic, Low-grade Depression in a Nonclinical Sample: Depressive Personality Or Dysthymia? *Journal of Personality, 15*(1), 84-93. *Disorders*. Doi:10.1521/pedi.15.1.84.18641
- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(6), 337-352. Doi:10.1080/10673220216230
- Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Bagby, R. M. (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *Journal of Affective Disorders*, 91, 217-221. Doi:10.1016/j.jad.2006.01.008
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2011). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 146–153. Doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00849.x
- Sadek N, N. C. (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Rev Psiquiatr Uruguay*, 64, 462–485.
- Safran & Segal (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Salwen, J. K., Hymowitz, G. F., Vivian, D., & O’Leary, K. D. (2014). Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity. *Child Abuse and Neglect*, 38(3), 425–433. Doi:10.1016/j.chiabu.2013.12.005
- Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships.

American Journal of Psychiatry, 147(8), 1025-1028. Doi:10.1176/ajp.147.8.1025

Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (1992). Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Research*, 42(1), 93–99.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 3(1), 141–157.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009). Dysthymic disorder: forlorn and overlooked? *Psychiatry (Edgmont)*, 6(5), 46-51.

Sarıtaş Atalar, D., & Gençöz, T. (2015). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between maternal rejection and psychological problems. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1),40-7.

Sato, T., Hirano, S., Narita, T., Kusunoki, K., Kato, J., Goto, M., ... Uehara, T. (1999). Temperament and character inventory dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56(2-3), 153-161. Doi:10.1016/S0165-0327(99)00047-6

Sawatzky, R. G., Ratner, P. A., Richardson, C. G., Washburn, C., Sudmant, W., & Mirwaldt, P. (2012). Stress and Depression in Students The Mediating Role of Stress Management Self-efficacy. *Nursing Research*, 61(1), 13–21. Doi:10.1097/NNR.0b013e31823b1440

Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*, 1-10. Doi:10.1186/1471-2458-7-30

Schindler, A., Hiller, W., & Witthöft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 365–370. Doi:10.1017/S1352465812001063

- Schmaling, K. B., Dimidjian, S., Katon, W., & Sullivan, M. (2002). Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 350–356. Doi:10.1037/0021-843X.111.2.350
- Schneider K. (1958). *Psychopathic Personalities*. London: Cassell.
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., ... Härter, M. (2017). Effect of disorder-specific vs nonspecific psychotherapy for chronic depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(3), 233–242. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3880
- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality. *Psychological Assessment, 4*(1), 47-53.
- Schulberg, H. C., Katon, W. J., Simon, G. E., & Rush, A. J. (1999). Best clinical practice: guidelines for managing major depression in primary medical care. *Journal of Clinical Psychiatry, 7*, 19–26.
- Schwandt, M. L., Heilig, M., Hommer, D. W., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2013). Childhood Trauma Exposure and Alcohol Dependence Severity in Adulthood: Mediation by Emotional Abuse Severity and Neuroticism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37*(6), 984–992. Doi:10.1111/acer.12053
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology & Health, 9*(3), 161–180. Doi:10.1080/08870449408407475
- Scollon, C. N., & Diener, E. (2006). Love, work, and changes in extraversion and neuroticism over time. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(6), 1152–1165. Doi:10.1037/0022-3514.91.6.1152
- Scott, J. (1988). Chronic depression. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of*

Mental Science, 153(3), 287-297.

Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults.

Archives of General Psychiatry, 67(7), 712–719.

Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.71

Seeman, T. E., & McEwen, B. S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 459-471.

Doi:10.1097/00006842-199609000-00008

Segal, Z. V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M., & Horowitz, L. M. (1995). A Priming Methodology for Studying Self-Representation in Major Depressive Disorder.

Journal of Abnormal Psychology, 104(1), 205–213. Doi:10.1037/0021-

843X.104.1.205

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death (A series of books in psychology)*. San Francisco: Freeman.

Sen, S., Duman, R., & Sanacora, G. (2008). Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor, Depression, and Antidepressant Medications: Meta-Analyses and Implications.

Biological Psychiatry, 64(6), 527–532. Doi:10.1016/j.biopsych.2008.05.005

Seng, A. C., & Prinz, R. J. (2008). Parents who abuse: What are they thinking? *Clinical*

Child and Family Psychology Review, 11(4), 163-175. Doi:10.1007/s10567-008-

0035-y

Sequeira, M. E., Lewis, S. J., Bonilla, C., Smith, G. D., & Joinson, C. (2017). Association of timing of menarche with depressive symptoms and depression in adolescence: Mendelian randomisation study.

British Journal of Psychiatry,

210(1), 39–46. Doi:10.1192/bjp.bp.115.168617

Serretti, A., Jori, M. C., Casadei, G., Ravizza, L., Smeraldi, E., & Akiskal, H. (1999).

Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: A study of 512 outpatients without major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56(1), 17–25.

Doi:10.1016/S0165-0327(99)00056-7

Shackman, J. E., Fatani, S., Camras, L. A., Berkowitz, M. J., Bachorowski, J. A., & Pollak, S. D. (2010). Emotion expression among abusive mothers is associated with their children's emotion processing and problem behaviours. *Cognition and Emotion*, 24(8), 1421–1430. Doi:10.1080/02699930903399376

Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 19–25.

Doi:10.1097/00005053-200001000-00004

Shankman, S. A., Campbell, M. L., Klein, D. N., Leon, A. C., Arnow, B. A., Manber, R., ... Kocsis, J. H. (2013). Dysfunctional attitudes as a moderator of pharmacotherapy and psychotherapy for chronic depression. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 113–121. Doi:10.1016/j.jpsychires.2012.09.018

Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209–223. Doi:10.1002/jclp.22011

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350–1365.

Doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1350

Shields, A., Ryan, R. M., & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers.

Developmental Psychology, 37(3), 321–337. Doi:10.1037/0012-1649.37.3.321

- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development, 16*(2), 268–285. Doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x
- Shirk, S. R., DePrince, A. P., Crisostomo, P. S., & Labus, J. (2014). Cognitive behavioral therapy for depressed adolescents exposed to interpersonal trauma: An initial effectiveness trial. *Psychotherapy, 51*(1), 167–179. Doi:10.1037/a0034845
- Shirk, S. R., Kaplinski, H., & Gudmundsen, G. (2009). School-based cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A benchmarking study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 17*(2), 106–117. Doi:10.1177/1063426608326202
- Shoji, K., Harrigan, J. A., Woll, S. B., & Miller, S. A. (2010). Interactions among situations, neuroticism, and appraisals in coping strategy choice. *Personality and Individual Differences, 48*(3), 270–276. Doi:10.1016/j.paid.2009.10.009
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1647–1658.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., ... Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety, 10*(4), 175–182.
- Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse and Neglect, 37*(6), 415–425. Doi:10.1016/j.chiabu.2013.02.006
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P., & Penninx, B. W. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life

- events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1–2), 103–112. Doi:10.1016/j.jad.2010.02.132; 10.1016/j.jad.2010.02.132
- Stange, J. P., Hamlat, E. J., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Overgeneral autobiographical memory, Emotional maltreatment, And depressive symptoms in adolescence: Evidence of a cognitive vulnerability-stress interaction. *Journal of Adolescence*, 36(1), 201–208. Doi:10.1016/j.adolescence.2012.11.001
- Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B. A., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., ... Kocsis, J. H. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression. *Depression and Anxiety*, 29(10), 896–905. Doi:10.1002/da.21977
- Stiles-Shields, C., Corden, M. E., Kwasny, M. J., Schueller, S. M., & Mohr, D. C. (2015). Predictors of outcome for telephone and face-to-face administered cognitive behavioral therapy for depression. *Psychological Medicine*, 45(15), 3205-15. Doi:10.1017/S0033291715001208
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Homish, D. L., & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior. *Development and Psychopathology*, 13(4), 941–955.
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of Early Change in Psychotherapy Under Routine Outpatient Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 864–874. Doi: 10.1037/0022-006X.75.6.864
- Subic-Wrana, C., Tschan, R., Michal, M., Zwerenz, R., Beutel, M., Wiltink, J. (2011). *Childhood Trauma and its Relation to Diagnoses and Psychic Complaints in Patients of an Psychosomatic University Ambulance*, 61 (2), 54-61. Doi:10.1055/s-

0030-1252047

- Subodh, B. N., Avasthi, A., & Chakrabarti, S. (2008). Psychosocial impact of dysthymia: A study among married patients. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 199-204. Doi:10.1016/j.jad.2007.11.006
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4):384-92. Doi:10.1002/jts.21719
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 4(3), 249-88
Doi:10.1037/0278-6133.4.3.249
- Swan, J., Sorrell, E., MacVicar, B., Durham, R., & Matthews, K. (2004). "Coping with depression": An open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 125-129. Doi:10.1016/j.jad.2003.09.002
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
Doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2(3), 247-274.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping. *American Psychologist*, 55(6), 626-636. Doi:10.1037//0003-066X.55.6.626
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of

parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52–59.
Doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.001

Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2010). The Causal Impact of Childhood-Limited Maltreatment and Adolescent Maltreatment on Early Adult Adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 359–365.
Doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.011

Tozzi, L., Carballedo, A., Wetterling, F., McCarthy, H., O’Keane, V., Gill, M., ... Frodl, T. (2016). Single-Nucleotide Polymorphism of the FKBP5 Gene and Childhood Maltreatment as Predictors of Structural Changes in Brain Areas Involved in Emotional Processing in Depression. *Neuropsychopharmacology*, 41(2), 487–497. Doi:10.1038/npp.2015.170

Vanderhasselt, M.A., De Raedt, R., Namur, V., Valiengo, L.C.L., Lotufo, P.A., Bensenor, I.M.,...Brunoni, A.R. (2016). Emotional reactivity to valence-loaded stimuli are related to treatment response of neurocognitive therapy. *Journal of Affective Disorders*, 190,443–449. Doi:10.1016/j.jad.2015.10.022

van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Van Son, M. J. M., Van der Heijden, P. G. M., & Bühring, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 2.
Doi:10.3402/ejpt.v2i0.5628

Van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I. V. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2013). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 238–245.

Doi:10.1016/j.jad.2012.09.011

- Varese, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., ... Bentall, R. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. Doi:10.1093/schbul/sbs050
- Versiani, M., & Nardi, E. (1997). Dysthymia: Clinical picture, comorbidity, and outcome. En Akiskal, H.S., & Cassano G.B. (Eds.), *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions* (pp. 35-43). New York: Guilford Press.
- Wagner, M. F., Milner, J. S., McCarthy, R. J., Crouch, J. L., Mccanne, T. R., & Skowronski, J. J. (2015). Facial emotion recognition accuracy and child physical abuse: An experiment and a meta-analysis. *Psychology of Violence*, 5(2), 154–162. Doi:10.1037/a0036014
- Wang, L., Dai, Z., Peng, H., Tan, L., Ding, Y., He, Z., & Al, Et. (2013). Overlapping and segregated resting-state functional connectivity in patients with major depressive disorder with and without childhood neglect. *Human Brain Mapping*, 35(4), 1154–1166. Doi:10.1002/hbm.22241
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603-13. Doi:10.1001/archpsyc.62.6.603
- Wang, W., Du, W., Wang, Y., Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2004). The relationship between the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire and traits delineating personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 36(1), 155–162. Doi:10.1016/S0191-8869(03)00075-8
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick,

- R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 15–25.
- Watson, D., Gamez, W., & Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 46–66. Doi:10.1016/j.jrp.2004.09.006
- Watson, D., Kotov, R., & Gamez, W. (2006). Basic Dimensions of Temperament in Relation to Personality and Psychopathology. En Krueger R.F., & Tackett J.L. (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp.7-38). New York, London: The Guilford Press.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816–828.
- Weissman M, Leaf P, Livingston Bruce M, F. L. (1988). The epidemiology of dystmia in five communities: Rates, risks, comorbidity, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145(7), 815–819.
- Wekerle, C., Wolfe, D. a, Hawkins, D. L., Pittman, a L., Glickman, A., & Lovald, B. E. (2001). Childhood maltreatment, posttraumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: considering the value of adolescent perceptions of abuse and a trauma mediational model. *Development and Psychopathology*, 13(4), 847–871.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 788–794. Doi:10.1001/archpsyc.1992.01820100032007

- Wells, T. T., Vanderlind, W. M., Selby, E. A., & Beevers, C. G. (2014). Childhood abuse and vulnerability to depression: cognitive scars in otherwise healthy young adults. *Cognition & Emotion*, 28(5), 821–833. Doi:10.1080/02699931.2013.864258
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 258–272. Doi:10.1176/ajp.156.2.258
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 810–822. Doi:10.1037/0021-843X.116.4.810
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 273–284. Doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020274
- Westen, D., Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595–613.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... al., et. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England), 382(9904), 1575–1586. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Widiger, T. A., & Shea, T. (1991). Differentiation of Axis I and Axis II Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 399–406. Doi:10.1037/0021-843X.100.3.399
- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major

- depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49–56. Doi:10.1001/archpsyc.64.1.49
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G. F. M., Van Oppen, P., Giltay, E. J., Van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(7), 983-989. Doi:10.4088/JCP.08m04521
- Wiersma, J. E., van Oppen, P., van Schaik, D. J. F., van der Does, A. J. W., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Psychological characteristics of chronic depression: A longitudinal cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(7), 983-9. Doi:10.4088/JCP.09m05735blu
- Williams, J.M.G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion*. Doi:10.1080/02699930500450465
- Williams, A. M., Hundt, N. E., & Nelson-Gray, R. (2014). BIS and cognitive appraisals in predicting coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 59, 60–64. Doi:10.1016/j.paid.2013.11.006
- Williams, J. H., van Dorn, R. A., Bright, C. L., Jonson-Reid, M., & von Nebbitt, E. (2010). Child maltreatment and delinquency onset among african american adolescent males. *Research on Social Work Practice*, 20(3), 253–259. Doi:10.1177/1049731509347865
- Williams, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., ... Sengupta, a. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 284(12), 1519–1526.
- Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., & Felitti, V. (2002).

- Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1075-1082. Doi:10.1038/sj.ijo.0802038
- Wolfe, D. A. (1999). *Developmental clinical psychology and psychiatry series, Vol. 10. Child abuse: Implications for children development and psychopathology (2nd Ed.)*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 169-81. Doi:10.1002/1097-4679(200102)57:2<169::AID-JCLP4>3.0.CO;2-0
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59–68. Doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2), 651–671. Doi:10.1017/S0954579408000321
- Yerevanian, B. I., Koek, R. J., & Ramdev, S. (2001). Anxiety disorders comorbidity in mood disorder subgroups: Data from a mood disorders clinic. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 167-173. Doi:10.1016/S0165-0327(01)00448-7
- Yoshimura, R., Umene-Nakano, W., Hoshuyama, T., Ikenouchi-Sugita, A., Hori, H., Katsuki, A., ... Nakamura, J. (2010). Plasma levels of brain-derived neurotrophic factor and interleukin-6 in patients with dysthymic disorder: comparison with age- and sex-matched major depressed patients and healthy controls. *Hum Psychopharmacol*, 25(7–8), 566–569. Doi:10.1002/hup.1155
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. Nueva York:

Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (2a ed.). En Young, J.E. (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Ed. rev.). Sarasota: Professional Resource Exchang

Young, J.E., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire:Special Edition*. Nueva York: Schema Therapy Institute.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL,US: Professional Resource Press/Professional Resource.

Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form* (1st ed). New York: Cognitive Therapy Center.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. Ed.) Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: Conceptual Model. Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, 1–62. Doi:10.1176/appi.ajp.160.11.2074-a

Zamoscik, V., Huffziger, S., Ebner-Priemer, U., Kuehner, C., & Kirsch, P. (2014). Increased involvement of the parahippocampal gyri in a sad mood predicts future depressive symptoms. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(12), 2034-2040. Doi:10.1093/scan/nsu006

Zinbarg, R. E., Uliaszek, A. A., & Adler, J. M. (2008). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of Personality*, 76(6), 1649-88. Doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00534.x

Zuckerman, M. (2002). *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPO): An alternative five-factorial model*. Big Five Assessment. En de Raad, B., & Perugini,

M. (Eds.), *Big five assessment* (pp. 376-392). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers. Doi:10.1037/0022-3514.65.4.757

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 76-89. Doi:10.1037/0021-843X.108.1

