

Recursos Terapéuticos

Tratando...

trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos

Aurora Jorquera Hernández
Joana Guarch Domènech
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Tratando...

trastorno distímico
y otros trastornos
depresivos crónicos

Coordinadoras
Aurora Jorquera Hernández
Joana Guarch Domènech
PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Tratando...

trastorno distímico
y otros trastornos
depresivos crónicos

EDICIONES PIRÁMIDE

RECURSOS TERAPÉUTICOS

Directora:

Aurora Gavino

Catedrática de Psicología.

Universidad de Málaga

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Aurora Jorquera Hernández y Joana Guarch Domènech (coords.), 2022

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2022

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN digital: 978-84-368-4665-2

Relación de autores

Joana Guarch Domènech
Aurora Jorquera Hernández
Carme López Sánchez
Tais Mitjanas Novel
Olga Puig Navarro
Toni Rodríguez Solé
Anna Torres Giménez
Yasmina Yousfan Moreno

Presentación	13
Introducción	17
1. Trastorno distímico. Descripción: características clínicas, prevalencia y epidemiología, comorbilidad	17
2. Repercusiones del trastorno	19
3. Criterios diagnósticos.....	20
3.1. Validez del concepto.....	23
3.2. Diagnóstico diferencial.....	24
4. El perfil del paciente distímico	27
5. Relación del trastorno distímico y los trastornos depresivos crónicos.....	27
1. Aspectos generales del tratamiento	31
1. Tratamiento psicológico del trastorno distímico y los trastornos depresivos crónicos	31
1.1. Estudios de eficacia y recomendaciones	32
2. Terapia psicológica en la depresión crónica: particularidades.....	35
2.1. Justificación del tratamiento psicológico en grupo para el trastorno distímico	38
2.2. Limitaciones del tratamiento psicológico grupal. Ventajas de la terapia individual.....	40
3. Evaluación.....	41
3.1. Entrevista previa	44
3.2. Supervisión en equipo	48
3.3. Evaluación psicométrica.....	49
4. Habilidades del terapeuta	51
2. Curso típico de la terapia cognitivo-conductual en grupo para la depresión crónica	53
1. Características y objetivos del tratamiento psicológico	53
2. Formato general de la terapia.....	54
3. Programa de tratamiento para el trastorno distímico y la depresión crónica: componentes.....	55

3.1. Módulo psicoeducativo	55
3.2. Módulo de manejo de la ansiedad	58
3.3. Módulo de activación conductual.....	58
3.4. Módulo de reestructuración cognitiva.....	63
3.5. Módulo de habilidades sociales.....	64
3.6. Módulo de prevención de recaídas	64
4. Objetivos específicos del programa de tratamiento psicológico	65
3. Situaciones especiales durante la intervención en grupo.....	69
1. Trastorno depresivo mayor, estrategias	69
2. Trastornos de la personalidad <i>versus</i> rasgos desadaptativos de la personalidad	71
3. Situaciones especiales durante la intervención en grupo: la paciente que interfiere en el grupo.....	73
4. Acontecimientos nuevos en el transcurso de la terapia.....	78
4.1. Acontecimientos vitales estresantes	78
4.2. Tentativas autolíticas	80
4. Emociones: depresión y ansiedad	81
1. Características de la ansiedad en el trastorno distímico y los trastornos depresivos crónicos	81
2. Técnicas y estrategias.....	84
2.1. Relajación progresiva	84
2.2. Instrucciones del terapeuta en la relajación progresiva de Jacobson	86
3. Situaciones problemáticas.....	88
3.1. Dificultades en el manejo de la ansiedad	88
3.2. Dificultades propias de la relajación	89
5. Características de la conducta depresiva.....	93
1. Técnicas y estrategias específicas	94
1.1. Registros del estado de ánimo	95
1.2. Identificación y modificación de conductas-problema.....	95
1.2.1. Elección del problema	95
1.2.2. Autoobservación.....	98
1.2.3. Establecimiento de objetivos.....	101
1.2.4. Autorrefuerzo	102
1.3. Incremento de actividades placenteras y depresión.....	103
2. Dificultades durante la terapia	106
2.1. Dificultad en la comprensión de técnicas concretas.....	106
2.2. No cumplimiento terapéutico	108
2.3. Alteraciones médicas comórbidas.....	110

6. Las cogniciones depresivas	111
1. Estrategias	114
1.1. Identificación de pensamientos negativos	114
2. Disminución de pensamientos negativos	120
2.1. Parada de pensamiento	120
2.2. Aplazar las preocupaciones	121
2.3. Reducción al absurdo	122
3. Incremento de pensamientos positivos.....	123
3.1. Autoimágenes positivas.....	123
3.2. Uso de señales	124
3.3. Pensamientos de autorrefuerzo.....	124
3.4. Proyección en el tiempo	125
4. El pensamiento constructivo	126
5. Situaciones problemáticas generales.....	129
5.1. No comprensión de las técnicas	129
5.2. No cumplimiento de registros	130
5.3. No elicitación de pensamiento alternativo	131
5.4. Comprensión racional, pero no emocional.....	131
7. Dificultades interpersonales.....	133
1. Estilos de comunicación y asertividad	134
1.1. Aceptación y oposición asertiva.....	136
1.2. Otras habilidades sociales	136
1.3. Derechos asertivos.....	137
1.4. Entrenamiento en asertividad	137
2. Dificultades a lo largo de la terapia.....	139
2.1. Miedo a que los otros no acepten el cambio de estilo comunicativo de la paciente	140
2.2. Confundir asertividad con agresividad.....	141
2.3. Uso precipitado de la asertividad en contextos «altamente emocionales».....	143
2.4. Falta de flexibilidad.....	144
2.5. Generar respuestas asertivas incompletas	145
2.6. Falta de motivación para realizar las prácticas	147
8. Prevención de recaídas	149
1. Técnicas y estrategias.....	151
1.1. Psicoeducación	151
1.2. Autoobservación: detección de señales de alarma	153
1.3. Revisión de todas las técnicas trabajadas y elaboración de un plan de actuación personal	154

1.4. Detección de situaciones de riesgo	155
1.5. Planificación de seguimientos	156
1.6. Biblioterapia	157
1.7. Ofrecer la posibilidad de volver a terapia.....	158
Referencias bibliográficas.....	159

Presentación

El presente libro ha tenido un largo período de gestación. En 1997 iniciamos el estudio y adaptación de una intervención psicológica grupal basándonos en el programa de Lewinshon (CAD 1984). A partir de esa fecha, y siempre dentro de un contexto clínico, hemos aplicado dicho programa teniendo en cuenta los enfoques más recientes de las terapias de la depresión, que propugnan un modelo integrado y multifactorial en la etiología, curso y tratamiento del trastorno. Según este modelo, los factores situacionales y ambientales actúan como «desencadenantes» de la depresión, a los que se suman los factores cognitivos como «moduladores» de las situaciones y respuestas de las personas que sufren el trastorno, sin olvidar el papel que desempeñan los factores biológicos en el fenómeno depresivo.

Este trabajo es el resultado de la participación conjunta de distintos profesionales que han colaborado con los psicólogos adjuntos del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), los Psicólogos Internos y Residentes (PIR), otros alumnos de distintos Máster de Psicología Clínica en prácticas en nuestro centro, becarios y alumnos en prácticas de la Universidad de Barcelona. El CSMA de l'Esquerra de l'Eixample está adscrito al Hospital Clínico Universitario de Barcelona y pertenece al Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Instituto de Neurociencias. Cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales: psicólogos clínicos, psiquiatras y trabajadores sociales con funciones y competencias distintas pero con un objetivo común e integrado, la salud mental de nuestros pacientes. Este centro público atiende a una población de 140.000 habitantes del distrito del Eixample de Barcelona y ofrece tratamiento a pacientes ambulatorios que presentan todo tipo de trastornos psicopatológicos.

Como todos sabemos, el término «distimia», su especificidad como trastorno, su validez diagnóstica y sus criterios clínicos han estado sujetos a una larga discusión y controversia nosológica que se despejó con la aparición del DSM-III en 1980, y sigue manteniendo su vigencia con la publicación del DSM-IV-TR en 2002. No obstante, quedan cuestiones por resolver: ¿es o no es un cuadro diferenciado de la llamada depresión neurótica?, ¿se incluirá o no en el trastorno depresivo de la personalidad toda-

vía en estudio y no incorporado a la nomenclatura diagnóstica? Sea como fuere, lo que sí sabemos es que de entre los pacientes no graves que consultan en nuestro CSM existe un grupo suficientemente importante y relativamente homogéneo que cumple los criterios de distimia tal como se describen en la actualidad. Es un grupo de pacientes que, pese a no presentar una patología depresiva grave, su «leve» sintomatología tiene una larga duración, produce una incapacidad e interferencia importantes en su vida personal y sociolaboral y supone un sufrimiento psicológico significativo para quien la padece. Por otra parte, representan un alto porcentaje de pacientes derivados a tratamiento psicológico por parte de los psiquiatras del equipo, puesto que no responden, o sólo lo hacen parcialmente, a un tratamiento farmacológico correctamente aplicado en cuanto a dosis y mantenimiento temporal del fármaco. A título de ejemplo, en el año 1997, estos pacientes constituían un 34,1% de los derivados a tratamiento psicológico, un 32,5% en 1998, y un 24,5% derivados en 1999.

A partir de esta realidad surgió la necesidad de introducir un programa de intervención específico para estos pacientes que incluyera varios aspectos significativos:

- a) Que contara con un apoyo empírico suficiente respecto a su eficacia terapéutica.
- b) Que fuera breve, al tiempo que eficaz.
- c) Que tuviera un formato grupal para hacer frente a la gran demanda y presión asistencial consustanciales a nuestro sistema público de salud, aligerando así el grave problema de las listas de espera.

Todos estos requisitos se cumplen en el programa que sucintamente describimos en el capítulo 2 y ampliamos en los capítulos siguientes.

A lo largo de estos años, desde el inicio de su aplicación hasta la actualidad, hemos ido adaptando y modificando el programa atendiendo a las necesidades y diferencias socioculturales de nuestros grupos y, aunque se ha mantenido su matriz original, el resultado final cuenta con variaciones aconsejadas por nuestra experiencia clínica y por las aportaciones que tanto los terapeutas como los propios pacientes iban sumando al programa inicial. Como todos los terapeutas sabemos, un programa de tratamiento nunca es estático y debe adaptarse a las características individuales o grupales de las personas a quienes se aplica. A su vez, la complejidad del cuadro que tratamos hace aconsejable poner énfasis en la prevención de recaídas como parte constitutiva del tratamiento, módulo que describimos

en nuestro capítulo 8, así como considerar que el número de sesiones previstas en nuestro programa puede resultar insuficiente y requiera sesiones subsiguientes de «recuerdo» o mantenimiento.

Inicialmente, nuestro programa se aplicó a un subgrupo de depresiones crónicas, la distimia, pero en estos momentos, dada una serie de similitudes, entre otras la cronicidad del trastorno y las consecuencias personales y sociales que se derivan de la misma, creemos que este programa es susceptible de ser aplicado a otras depresiones crónicas unipolares, que describimos en nuestro capítulo introductorio. Nos basamos en los distintos trabajos y estudios derivados de la investigación realizada por Elkin y cols., 1989; Evans y cols., 1992, y Shea y cols., 1992, entre otros, en los que teniendo en cuenta tanto la cronicidad como la comorbilidad, llegan a la conclusión de que un 20% aproximadamente de los trastornos depresivos unipolares no obedecen a un patrón episódico con recuperación total, sino que presentan síntomas residuales durante dos años o más. Hay constancia, por tanto, de que, en su forma crónica, la depresión es más común de lo que se reconoce, que su prevalencia puede situarse entre un 2 y un 5% de la población general y que «la aceptación clásica de que un 80% de los pacientes depresivos unipolares responde netamente a tratamientos biológicos (por ejemplo, antidepresivos) debe ser matizada» (Gastó, 1993).

Estos síntomas residuales se refieren a la esfera social y a síntomas emocionales y cognitivos que se mantienen aun cuando desaparezcan los síntomas más graves de carácter somático y conductual (Paykel y cols., 1995, y Klein y Santiago 2003). Esta relación entre el trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos hace patente la posibilidad y necesidad de tratamientos combinados con fármacos y psicoterapia en orden a optimizar la respuesta al tratamiento. En definitiva, tal como proponía Angst en su estudio de Zúrich en 1998, hemos tratado de concebir el trastorno depresivo como un espectro amplio que incluye diferentes subgrupos de depresión, a los que podríamos aplicar una intervención terapéutica lo más integradora y eficaz posible.

Por otra parte, teniendo en cuenta que la aparición de los cuadros distímicos y otros cuadros crónicos se produce en algunos casos antes de los 21 años (Burton y Akiskal, 1990), se requiere un diagnóstico lo más precoz posible, así como la necesaria prevención a fin de evitar las consecuencias de la cronificación. Ello obliga a los profesionales de la salud mental a detectar precozmente los grupos de riesgo; en este sentido, referimos al lector al estudio realizado por Canals y cols. en 2002 sobre una muestra española de 119 preadolescentes y adolescentes a quienes se hizo

un seguimiento de siete años. Obviamente, a los 18 años cumplían criterios DSM-III y RDC de depresión y distimia aquellos que ya los cumplían en la preadolescencia y adolescencia.

Otro aspecto epidemiológico ya conocido es la prevalencia de mujeres con síntomas o cuadros depresivos respecto de los hombres. En nuestro estudio, de los pacientes que siguieron el tratamiento, el 90% de la muestra está constituido por mujeres. Por este motivo, a lo largo de nuestros capítulos nos referimos a «las pacientes», de manera que este término nos permite evitar el uso reiterado de «los/las» pacientes cada vez que citamos a las personas que siguen tratamiento, aun cuando el programa se aplica de igual manera a hombres y mujeres.

Respecto a la estructura y contenido del libro precisamos que nos ha parecido útil realizar una introducción teórica para subrayar y enmarcar diversos aspectos: el modelo teórico en el que basamos nuestra intervención, los estudios que ratifican la eficacia de tal modelo y las ventajas de utilizar un formato grupal, además de la ya comentada presión asistencial. Hacemos también una breve descripción de los módulos terapéuticos en el capítulo 2 y, a medida que los describimos, posteriormente contextualizamos los problemas habidos a lo largo de la aplicación de los módulos, el tipo de habilidades desarrolladas por los terapeutas, así como las distintas estrategias utilizadas por los mismos en los casos especiales y/o difíciles a los que han tenido que enfrentarse. De hecho, lo que presentamos en este texto a través de sus cuadros, sus figuras y sus diálogos es una compilación de la experiencia de los psicólogos en la aplicación y desarrollo del programa en el contexto clínico en el que se ha realizado y de las distintas complejidades que han aparecido en las situaciones y sesiones terapéuticas.

Por último, creemos que es un programa útil, utilidad refrendada por la opinión de nuestras pacientes, por la opinión de nuestros compañeros psiquiatras, que ven reducida considerablemente la frecuencia de sus visitas a estas pacientes, y, finalmente, por nuestros resultados comparados entre pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

Deseamos que nuestro trabajo sea útil también para nuestros compañeros psicólogos que puedan hallar en nuestras páginas sugerencias, ideas y propuestas para que, con la aplicación de este programa, puedan, cuanto menos, aliviar si no eliminar, el sufrimiento psicológico de los pacientes depresivos.

Barcelona, enero de 2006.

AURORA JORQUERA HERNÁNDEZ

1. TRASTORNO DISTÍMICO. DESCRIPCIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA, COMORBILIDAD

El trastorno distímico, definido según criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2002) y CIE-10 (OMS, 1992), se caracteriza por la manifestación clínica de sintomatología depresiva leve, fluctuante pero persistente a lo largo de los años. Es un trastorno muy común, motivo de consulta frecuente en atención primaria. Dada la persistencia de sus síntomas, ha sido considerado por distintos autores, y nosotros participamos de esta opinión, como trastorno depresivo crónico que requiere también un tratamiento específico atendiendo a su cronicidad.

Según distintos estudios epidemiológicos, la probabilidad de su presencia en la población general adulta es del 3,1%. La prevalencia-vida para la población psiquiátrica se sitúa entre el 20-36%, variando este porcentaje en función de la metodología de los distintos estudios epidemiológicos y de la composición de la muestra. En todos los casos, la distribución por géneros se da en una proporción de dos a tres veces más en mujeres que en hombres. Estos estudios también demuestran una prevalencia de, como mínimo, el doble para la depresión mayor con respecto al trastorno distímico (Weissman y cols., 1993 y 1996; Browne y cols., 1999; Rousanville, 1980; Keller, Shapiro y cols., 1982; Mezzich y cols., 1990; Markowitz, Kocsis y Frances, 1992).

Probablemente debido a la baja intensidad de los síntomas afectivos, la primera consulta no se realiza a los servicios especializados en salud mental, sino a servicios médicos generales.

Los médicos de familia constatan que estas pacientes manifiestan un gran número de molestias somáticas inespecíficas, como astenia, cefaleas, dolores articulares, alteraciones digestivas, disminución del apetito..., de difícil filiación diagnóstica que requieren múltiples visitas, exploraciones y rotaciones por diferentes especialistas médicos hasta ser derivadas a salud mental por la ausencia de signos de organicidad, por la escasa respuesta a intentos diversos de tratamiento sintomático y por la progresiva asociación

de las quejas con otras manifestaciones afectivas como irascibilidad, decaimiento, inhibición, miedos inespecíficos e incapacidad para disfrutar (Estudio sociosanitario para la depresión en España. Libro blanco, 1997).

Este «periplo» por los distintos servicios médicos contribuye a cronificar un proceso que ya lo es en sí mismo. Regier y cols. (1988, estudio ECA) refieren una frecuencia tres veces superior de visitas ambulatorias en los pacientes depresivos respecto del resto de diagnósticos psiquiátricos, y Weissman y cols. (1988) encuentran que, en un período de seis meses, se da una frecuencia cinco veces superior en el uso de recursos asistenciales médicos por parte de pacientes con trastorno distímico en comparación a otros pacientes en tratamiento médico.

Otra característica clínica del trastorno distímico es su frecuente asociación a otros trastornos psicopatológicos, predominantemente a trastornos afectivos y a trastornos de ansiedad. La comorbilidad oscila entre el 40% y el 90% (Markowitz y cols., 1992; Weissman y cols., 1988; Browne y cols., 1999); las variaciones en estos porcentajes se atribuyen, por una parte, a la composición de la muestra de los distintos estudios epidemiológicos (edad, procedencia, contexto clínico...) y, por otra, al número de trastornos asociados que se consideren. La asociación de trastorno depresivo en general y trastorno distímico en particular con un trastorno de ansiedad, generalmente, repercute en una mayor demanda y uso de los servicios sanitarios, mayor deterioro en el funcionamiento físico y social, mayor intensidad de la sintomatología depresiva y también mayor duración del proceso de recuperación, comportando un peor pronóstico del curso del trastorno depresivo (Shankman y Klein, 2002).

Con respecto a los trastornos de personalidad, los resultados son poco consistentes. No hay dudas sobre la elevada asociación entre ambos trastornos, entre un 48-50%, pero no hay consenso respecto a que esta relación sea más elevada en el trastorno distímico que en la depresión mayor o la depresión doble. Sin embargo, la excepción la constituyen el trastorno distímico de inicio precoz, que se presenta antes de los 21 años (Pepper y cols., 1995; Garyfallos y cols., 1999) y la asociación con dos, o más de dos, trastornos de personalidad (Sanderson, 1992). En ambos casos las cifras de frecuencia aumentan, diferenciando al trastorno distímico de otros trastornos depresivos. Tampoco parece haber una asociación específica con determinados trastornos de personalidad, aunque se detecta un mayor predominio de los trastornos del grupo B (inestables y dramáticos) y grupo C (temerosidad, ansiedad...) (Koegnisberg y cols., 1985; Kocsis y Frances, 1987; Alnaes y Torgensen, 1997; Loranger, 1996, y Pepper y cols., 1995).

Creemos que interesa hacer una consideración especial respecto a la asociación trastorno distímico y trastorno depresivo de la personalidad. Este trastorno de personalidad sigue pendiente de estudios de validación y, de momento, se incluye en el capítulo de «Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores» del DSM-IV-TR. El problema fundamental reside en el elevado solapamiento de descriptores clínicos entre ambos trastornos, tanto en lo que se refiere a rasgos de personalidad como a síntomas, hasta el punto de que se discute si se trata de dos entidades diferenciadas o constituyen manifestaciones diferentes de un mismo trastorno psicopatológico; no hay acuerdo sobre el tema ni hay datos definitivos. En todo caso, y para lo que es de nuestro interés aquí, recogemos los datos del trabajo de Phillips y cols. (1998), cuyo estudio no halla diferencias estadísticamente significativas entre las personas con o sin trastorno depresivo de la personalidad y la presencia de un trastorno distímico, con valores de 37% y 33% para cada grupo; sin embargo, a la inversa, estudiando a las personas con diagnóstico de trastorno distímico, los autores encuentran que en el 62% de los casos, de los cuales el 56% cumple criterios de inicio precoz, cumple también criterios para el trastorno depresivo de la personalidad.

En definitiva, estas elevadas cifras de asociación comórbida constituyen un factor común de distintos trastornos psiquiátricos que, a nuestro entender, más que una característica clínica reflejan una limitación inherente a los sistemas nosológicos categoriales.

2. REPERCUSIONES DEL TRASTORNO

Las características clínicas y el curso evolutivo del trastorno explican la importancia de sus repercusiones. Aunque los síntomas del trastorno distímico no son graves en relación a su intensidad, afectan a todos los aspectos de la vida de quien lo padece, incluidas las relaciones con personas significativas, la vida laboral y, lo más importante, el bienestar físico y psicológico de la paciente.

El estudio de Wells y cols. (1989 y 1992) concluye que la incapacidad de los pacientes con trastorno distímico, en términos de sufrimiento físico, psicológico y de deterioro funcional, es peor que la provocada por enfermedades crónicas comunes: según las escalas de calidad de vida, únicamente los pacientes con cardiopatías crónicas obtuvieron peores puntuaciones en incapacidad. Diversos trabajos (Cassano y cols., 1993; Spitzer y cols., 1994,

y Angst, 1998) han estudiado la relación entre depresión y adaptación social, y detectan que los pacientes con trastorno distímico muestran el peor grado de adaptación, alteraciones más graves a nivel laboral y doméstico y mayores dificultades para disfrutar del ocio. Finalmente, estos trabajos también informan de otras repercusiones atribuibles a la cronicidad: el sufrimiento continuado provocado por los síntomas depresivos crónicos aumenta el riesgo de suicidio, que para el trastorno distímico resulta 30 veces superior al existente en la población general (Wells y cols., 1992); en la muestra de pacientes seguida por Angst en Zúrich (1998) los intentos de suicidio se sitúan en el 33,3% para el trastorno distímico en comparación al 22,5% en la depresión mayor episódica.

En otro ámbito de afectación, diversos estudios analizan las características sociodemográficas de los usuarios que consultan servicios asistenciales de salud general en distintos países y detectan que el nivel de discapacidad laboral en términos de días inhábiles es superior en un 51% en el caso del trastorno distímico respecto de la depresión mayor (Brodhead y cols., 1990); el mismo efecto medido en función del número de días de absentismo en el último mes es similar en el trastorno distímico ($X = 8,2$) que en el episodio depresivo ($X = 8,6$), a pesar de que en el primero los síntomas son menos graves (Lecubrier y Weiller, 1998).

Algunos de los trabajos referenciados también han identificado para el trastorno distímico un mayor predominio de personas solteras, una mayor proporción de fracasos en las relaciones maritales y un menor nivel académico medido en años de escolarización (Angst, 1998, y Lecubrier y Weiller, 1998), aunque estos datos no han recibido suficiente confirmación por parte de otros estudios.

En definitiva, por las características clínicas, por el curso del trastorno y por sus repercusiones en el deterioro psicológico y sociolaboral, el grupo de trabajo sobre la distimia de la World Psychiatric Association (The WPA, 1995) llega a considerarlo un trastorno psiquiátrico mayor y, en los últimos años, incluye su clasificación en los sistemas diagnósticos entre los trastornos afectivos como una entidad diagnóstica propia y bien diferenciada (Waintrab y Guelfi, 1998).

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Siguiendo la revisión de Freeman (1994) hasta la década 1970-1980, el trastorno distímico fue considerado un trastorno neurótico, consecuencia

- Tuynman-Qua, H., De Jonghe, F., McKenna, S. y Hunt, S. (1992): *Quality of Life in Depression Rating Scale*. Houten: Ibero Publications. Versión española: Cervera, S., Ramírez, N., Giralá, N. y McKenna, S. P. (1999): The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). *Eur. Psychiatry*, 14: 392-398.
- Waintrab, L. y Guelfi, J. D. (1998): Nosological validity of dysthymia. Part I: historical, epidemiological and clinical data. *Eur. Psychiatry*, 13: 173-180.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, C. J. y cols. (1996): Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276: 293-299.
- Weissman, M. M., Bland, R., Joyce, P. R. y cols. (1993): Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal Affective Disorders*, 29: 77-84.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Bruce, M. L. y Florio, L. (1988): The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *American Journal Psychiatry*, 145 (7): 815-819.
- Wells, K., Burnham, A., Rogers, W. y cols. (1992): The course of depression in adult out-patients. Results of the medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49: 788-794.
- Wells, K., Steward, A., Hays, R. y cols. (1989): The functioning and well being of depressed patients: results form the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262: 914-919.
- Williams, J. W., Barret, J., Oxman, T. y cols. (2000): Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1519-1526.

TÍTULOS PUBLICADOS

- Tratando... depresión.* M.^a X. Froján Parga.
- Tratando... depresión infantil.* M.^a V. del Barrio.
- Tratando... el proceso de duelo y de morir.* L. Nomen Martín (coord.).
- Tratando... esquizofrenia. Ese desconocido mal.* M. García-Merita.
- Tratando... fobia a la oscuridad en la infancia y adolescencia.* Mireia Orgilés.
- Tratando... fobias específicas.* C. D. Sosa y J. I. Capafons.
- Tratando... inestabilidad emocional.* S. Santiago López.
- Tratando... obesidad.* J. I. Baile Ayensa y M.^a I. González Calderón.
- Tratando... pánico y agorafobia.* A. Bados.
- Tratando... problemas de pareja.* J. I. Capafons y C. D. Sosa.
- Tratando... Psicoterapia Analítica Funcional.* L. Valero y R. Ferro.
- Tratando... situaciones de emergencia.* Á. Sáinz Sordo y L. Nomen Martín (coords.).
- Tratando con... terapia de aceptación y compromiso.* M. Páez Blarrina y F. Montesinos Marín.
- Tratando... trastorno de ansiedad generalizada.* P. Romero Sanchíz y A. Gavino Lázaro.
- Tratando... trastorno de ansiedad social.* L. J. García López.
- Tratando... trastorno de la personalidad por dependencia.* M. Postigo.
- Tratando... trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos.* A. Jorquera y J. Guarch (coords.).
- Tratando... trastorno obsesivo-compulsivo. Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas.* A. Gavino.

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es