



DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Belén Rodado León, Mar Jiménez Cabañas, Agustín Bermejo Pastor, Ana García Carpintero

belen.rodado@gmail.com

distimia, trastorno depresivo persistente

RESUMEN

Dentro de los llamados trastornos depresivos se engloban una serie de entidades clínicas cuyas definiciones pueden resultar complejas, con límites difusos entre ellas, viéndose cuestionada en ocasiones su validez discriminatoria como constructo nosológico. Este es el caso de la distimia, ese síndrome que parece el intermediario entre los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos del eje I, sin poder definir a cuál de estos dos polos está más cercano. Por esta razón, su definición y criterios han sido modificados en varias ocasiones desde las primeras ediciones de los principales manuales diagnósticos hasta la actualidad, siendo finalmente incluida en la nueva categoría llamada trastorno depresivo persistente. Toda esta controversia, que se viene arrastrando desde los antiguos conceptos más basados en la tradición psicoanalítica, chocando con el modelo biomédico que se ha venido imponiendo en los últimos años, ha podido minar la riqueza psicopatológica de algunos constructos diagnósticos, y repercutir así en su validez clínica. Quizá sea esta una de las razones por las que la distimia es, en ocasiones, una entidad que recibe una mirada escéptica y desgana por parte de los profesionales de la salud mental, dado el reto diagnóstico y terapéutico que puede suponer en ocasiones, y que en parte puede deberse al constante cuestionamiento de sus criterios e implicaciones. Sin embargo, no debemos olvidar que se trata de una condición con gran repercusión funcional, económica y social, por lo que en esta ponencia repasaremos su recorrido histórico y el estado actual de la cuestión.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de condiciones psicopatológicas muy variadas y, como bien es sabido, tienen un importante impacto económico, funcional y emocional en la sociedad. Desde hace años, el llamado trastorno distímico se incluye en esa amplia categoría de los trastornos depresivos.

La prevalencia en 12 meses de la distimia se ha estimado en torno a 0.5 y 0.9% en Estados Unidos y alrededor del 1.1% en seis países europeos diferentes, con una prevalencia a lo largo de la vida en diferentes países occidentales entre el 2.1 y el 6.4%. Al igual que en la depresión, encontramos que la distimia es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

En cuanto a la prevalencia a lo largo de la vida del nuevo constructo denominado Trastorno Depresivo Persistente, se ha encontrado que también oscila entre un 3 y un 6% en países occidentales [1,2]. Hay evidencia epidemiológica de alta comorbilidad en los pacientes con distimia, con más del 75% de ellos cumpliendo criterios también para otros trastornos del eje I, particularmente trastorno depresivo mayor (TDM), trastornos de ansiedad, y trastornos por uso de alcohol u otras sustancias. Cuando la distimia no se trata, su historia natural es pobre, con más de dos tercios de los pacientes permaneciendo sintomáticos durante una década o más [3].

En contra de lo que la definición de distimia podría sugerir, como una condición que presenta síntomas leve-moderados en comparación con el TDM, la distimia se ha asociado con un deterioro severo de la calidad de vida. Y no es sorprendente que la depresión doble se haya asociado con un impacto aún mayor en la calidad de vida en comparación con el TDM o la distimia por separado. De acuerdo con los datos del NESARC (National Epidemiologic Survey of Alcoholism and Related Conditions), la distimia se ha asociado con una mayor probabilidad de acceder a seguro de Medicaid y a discapacidad reconocida por la Seguridad Social en comparación con la población general y con individuos afectados por TDM. Además, la distimia también se ha asociado con menores tasas de empleo a tiempo completo, deterioro significativo en las actividades sociales, y un impacto profundo en los problemas emocionales.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Más que la severidad de los síntomas per se, parece que la causa de estos efectos observados es el curso típicamente prolongado de la enfermedad [1,2].

Por todo ello, es innegable que la distimia es una entidad clínica que debemos tener en cuenta, pero que genera notables controversias desde hace varias décadas y hasta la actualidad dentro de la nosología psiquiátrica, donde se ha cuestionado múltiples veces este constructo. Por este motivo, se trata de un tema de interés que nos ha llevado realizar en esta ponencia una breve revisión del recorrido histórico del concepto de distimia, su lugar en las clasificaciones clínicas y diagnósticas en la actualidad, las principales orientaciones terapéuticas y qué aspectos debemos plantearnos de cara al futuro sobre este trastorno.

RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE DISTIMIA

El término “distimia” (‘mal humor’) se originó en la antigua Grecia, y en dicho país aún se utiliza con la misma connotación. En la escuela hipocrática, se consideraba como parte de un concepto más amplio, la melancolía o ‘bilis negra’. También se delineó un temperamento predispuesto a la melancolía, en referencia a individuos que estaban letárgicos, de mal humor e inseguros. El término fue reintroducido en la medicina en Alemania a principios del siglo XIX, para describir depresiones que seguían un curso crónico [2]. En 1863, Kahlbaum empleó los términos de “ciclotimia” para describir ciertas formas de inestabilidad y fluctuaciones del humor, y “distimia” para referirse a un estado prevalente de depresión atenuada [4].

Aunque no utilizó el término de distimia, Kraepelin también consideró una disposición depresiva a lo largo de la vida como uno de los fundamentos constitucionales de los episodios afectivos. Proporcionó un retrato de estos individuos describiéndolo como una condición que empezaba a menudo a una edad temprana, y en la adolescencia ya se manifestaba con una sensibilidad aumentada a las penas y decepciones de la vida. Conforme estas personas entraban en la edad, experimentaban “la vida con su actividad como un peso que habitualmente cargan, sin poder compensarlo con los placeres de la existencia”.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Y en algunos, estas peculiaridades temperamentales eran tan marcadas que podían considerarse “comórbidas con la apariencia de ataques más severos y delimitados”. Según Keller, esto ofrecía una descripción anticipada del concepto de distimia y los incrementos recurrentes de la melancolía en ese contexto; sería lo que hoy conocemos como “depresión doble”.

Kurt Schneider también describió un subtipo depresivo cuya entera existencia transcurre en el sufrimiento. A partir de esto, Akiskal investigó a este tipo de individuos, describiéndolos como tristes, sombríos e incapaces de experimentar diversión; melancólicos, autocríticos y tendentes a la culpa; carecen de confianza, tienen baja autoestima, y se preocupan mucho por el fracaso; son pesimistas, fáciles de desanimar; tienen facilidad para cansarse, son lentos y atados a la rutina, no son asertivos, presentan autonegación y devoción hacia los demás, son tímidos y sensibles. Estos rasgos tienen una excelente consistencia y capacidad discriminatoria según Akiskal [2].

En esta misma línea, es interesante apuntar que posteriormente Niculescu y Akiskal en 2001 propusieron dos subtipos de distimia: la “distimia ansiosa”, caracterizada por baja autoestima, inseguridad, ansiedad (solapándose con trastorno bipolar leve) y con respuesta positiva a los ansiolíticos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; y la “distimia anérgica”, caracterizada por baja energía, baja reactividad y anhedonia.

Volviendo atrás, en 1968, el DSM-II aún mantenía la influencia psicoanalítica, e incluyó el constructo de “depresión neurótica” y la CIE-9 incluyó las “neurosis depresivas” entre los episodios de depresión no crónicos [4]. En 1978, Akiskal publicó un estudio de seguimiento de la “depresión neurótica”, demostrando la inconsistencia del diagnóstico de “neurosis depresiva”. Este artículo representó una importante base teórica para los cambios subsecuentes en la DSM-III en 1980 [1], cuando se propuso el concepto de una depresión crónica (y neurótica) con la nueva etiqueta de “Trastorno Distímico”.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Pese al modelo ateoórico que inspiraba esta nueva versión del manual diagnóstico, el grupo de trabajo del DSM-III aprobó la eliminación de la depresión crónica del área del carácter y los trastornos de la personalidad: la distimia incluía tanto las depresiones primarias con cronicidad residual como las depresiones más basadas en el carácter (trastorno de personalidad) [4].

De ahí pasamos al DSM-IV-TR y la CIE-10, en las cuales se define la distimia como una depresión persistente del humor durante al menos dos años, cuya severidad es menor que la del TDM. Para poder codificar la distimia acorde a los criterios del DSM-IV-TR, era necesario excluir la presencia de episodios de TDM durante los primeros dos años de enfermedad, y su presencia representaba un criterio de exclusión. Tras ese periodo de tiempo, la distimia se podía codificar junto con la eventual coexistencia de un episodio (o varios) de TDM, un estado comórbido comúnmente conocido como depresión doble. Desde un punto de vista puramente cualitativo, los síntomas de distimia podrían ser indistinguibles del TDM. Además, el diagnóstico diferencial entre distimia y formas más prolongadas y moderadas de TDM, o incluso síntomas residuales de un episodio previo de TDM, puede resultar particularmente difícil. Según los criterios del DMS-IV, cuando los criterios de TDM se cumplen durante dos años, se aplica un diagnóstico de trastorno depresivo mayor crónico (TDMC). Para solventar algunas de las limitaciones encontradas con los criterios ofrecidos, el DSM-5 introduce una nueva entidad nosológica que abarca tanto la distimia como el TDMC, y que se denomina Trastorno Depresivo Persistente (TDP).

El trastorno depresivo persistente (TDP) incluye cuatro escenarios clínicos que explicaremos más adelante: la distimia pura, trastorno depresivo mayor persistente, episodios intermitentes de TDM con episodio actual, y episodios intermitentes de TDM sin episodio actual [1].

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES

A nivel clínico, los estudios han mostrado que los indicadores de distimia son mayormente de tipo cognitivo-emocional, mientras que los signos motores y vegetativos se observan en la depresión mayor. Además, la afectación de la calidad de vida, altos niveles de incapacidad, insuficiente apoyo social y una débil compatibilidad clínica, así como marital, se consideran como los efectos psicológicos adversos de la distimia. La distimia es diferente de la melancolía, que se identifica por trastornos severos en las funciones psicológicas, motoras y vegetativas. Esto es, de hecho, una dicotomía ya conocida entre la depresión endógena y la neurótica. En general, la depresión endógena tiene una naturaleza periódica, así como síntomas completos, mientras que la depresión neurótica muestra un periodo más débil y variable. Hasta 1980, el segundo grupo se consideraba como melancolía debido al carácter crónico de la enfermedad y se llamaba “depresión existencial”. La mayoría de los pacientes distímicos experimentan al menos un ciclo de depresión mayor, llamado depresión doble. El patrón de enfermedad de estos pacientes incluye varios años de distimia seguidos de uno o más ciclos de depresión mayor. Por supuesto, la depresión mayor puede ser recurrente y entre los episodios de depresión mayor, la distimia puede retornar [5].

En cuanto a las clasificaciones actuales, el DSM-5 define el trastorno depresivo persistente como un humor deprimido que dura al menos dos años durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, con síntomas de menor severidad que en el TDM. En niños y adolescentes es suficiente con un año de duración.

En esos dos años, el paciente no puede estar más de dos meses seguidos sin síntomas. Los síntomas que se pueden presentar son la pérdida de esperanza, pérdida de energía, baja autoestima, incremento o disminución del apetito, dificultades en la toma de decisiones o falta de concentración.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Los cuatro escenarios clínicos posibles que se incluyen en esta definición son: 1) Síndrome de distimia pura (sin episodio depresivo mayor en los dos años previos), 2) Episodio depresivo mayor persistente (síntomas del episodio están presentes durante dos años), 3) Episodio depresivo mayor intermitente, con episodio actual de depresión (durante los últimos dos años ha habido remisión sostenida de los síntomas durante al menos ocho semanas), y 4) Episodio depresivo mayor intermitente, sin episodio actual de depresión (no se cumplen criterios de depresión mayor en este momento, pero ha habido al menos un episodio en los últimos dos años).

Por otra parte, la CIE-10 engloba la distimia como un patrón persistente de humor deprimido durante varios años, mostrando síntomas de menor severidad que los episodios depresivos en el cual los episodios recurrentes no duran lo suficiente para satisfacer los criterios del trastorno depresivo recurrente. Incluye las siguientes entidades: depresión neurótica, neurosis depresiva, trastorno de personalidad depresivo y trastorno de ansiedad persistente.

De acuerdo con los criterios actuales de trastorno depresivo persistente, que se basan cualitativamente en los criterios previos para distimia, cuatro de los nueve síntomas de TDM no están presentes; por tanto, aquellos individuos que puedan presentar niveles subclínicos de los cuatro ítems del TDM que faltan, serían clasificados como Otros Trastornos depresivos o Trastorno depresivo no especificado. En consecuencia, es plausible que una parte variable de los individuos que sufran estas condiciones clínicas escapen de una categorización más precisa y sea más difícil investigar al respecto.

Los criterios de la reciente CIE-11 reconocen más la posibilidad de tener una capacidad reducida para experimentar placer, un interés disminuido en actividades y sentimientos de culpa, por tanto, extendiendo este diagnóstico a un mayor número de individuos afectados. En el pasado, se ha sugerido en múltiples ocasiones que la distimia se podría conceptualizar mejor desde un punto de vista clínico como un trastorno depresivo que muestra síntomas cognitivos más prominentes, en oposición al TDM que presentaría síntomas motores y neurovegetativos más significativos.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Desde un punto de vista práctico, hasta el 40% de los pacientes con distimia pueden presentar inhibición psicomotriz, por lo tanto, considerando el riesgo aumentado de un TDM sobreañadido previamente mencionado, hay un alto grado de solapamiento en los síntomas. Dejando a un lado estas posibles limitaciones en la definición, hay líneas de evidencia que sugieren la presencia de un mecanismo biológico común que subyace tanto en la distimia como el TDM, apoyando por tanto la reciente introducción del TDP en el DSM-5 [1].

Relación con el suicidio

Otra cuestión importante a plantearse es la siguiente: si la distimia es más leve que una depresión, ¿tiene riesgo aumentado de suicidio? Por un lado, podríamos predecir que los individuos con distimia tengan menor riesgo de suicidio en comparación con aquellos con TDM, porque la distimia es una condición menos aguda. Por otro lado, también podríamos esperar un mayor riesgo en los individuos con distimia debido al curso más prolongado de la enfermedad.

La investigación en cuanto al riesgo de suicidio consumado en pacientes con distimia es relativamente escasa en comparación con TDM. A esto se suma que el concepto de distimia cambió considerablemente del DSM-III al DSM-IV, por lo que la literatura más antigua en cuanto al riesgo suicida podría no aplicarse a la definición actual de distimia. Además, la literatura preexistente ofrece resultados contradictorios. Por ejemplo, un estudio de Haykal y Akiskal de 1999 halló un mayor riesgo de conducta suicida no letal en pacientes con distimia (usando los criterios del DSM-III) en comparación con TDM. Sin embargo, en ese estudio el 84% de los pacientes con distimia habían experimentado previamente un episodio depresivo mayor, por lo que quizá habrían estado mejor clasificados como “depresión doble” que como distimia. Otros autores, en cambio, han encontrado un mayor riesgo de conducta suicida en el TDM que en la distimia. Por último, otros estudios han encontrado que la probabilidad de intentos de suicidio no difiere entre las personas con distimia y TDM. Por tanto, todos estos resultados no ofrecen conclusiones claras.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Otro estudio analizó diversas variables relacionadas con la conducta suicida (ideación actual, intentos pasados, indicadores clínicos de riesgo suicida, antecedentes familiares de suicidio) en diferentes formas de diagnósticos depresivos, encontrando que estas variables solo eran más elevadas en los individuos con TDM recurrente. Sin embargo, se trataba de un estudio con una muestra pequeña de depresión doble, por lo que no podían hacerse comparaciones adecuadas con este grupo. Sin embargo, el análisis estadístico indicaba que, en el grupo con depresión doble, sus ratios de conducta suicida se asemejaban más a los del grupo de TDM recurrente que a aquellos que no tenían depresión, o que tenían distimia, o que habían sido diagnosticados de un solo episodio de TDM. [6]

En una reciente revisión sistemática, se analizó el riesgo de suicidio en TDM, distimia, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y esquizofrenia. Todos ellos se relacionaban con un riesgo aumentado de suicidio con respecto a la población general, encontrando el mayor riesgo relativo para TDM 7.64 [4.3-13.58] y el menor para distimia 4.11 [2.09-8.09] [7].

TRATAMIENTO

Históricamente se asumía que, para el manejo de la distimia, emplear solo psicoterapia sería una opción terapéutica más razonable que el tratamiento farmacológico, quizá debido a la presencia de síntomas depresivos más leves. Varios estudios han demostrado eficacia del tratamiento farmacológico en esta condición, de tal forma que parece ser al menos tan efectiva como el manejo psicológico. La psicoterapia podría tener un efecto positivo sinérgicamente cuando se combina con el tratamiento farmacológico, llevando a un aumento de la eficacia en el tratamiento combinado con respecto a la monoterapia con cada uno de estos tratamientos por separado. Por este motivo, la combinación es considerada como tratamiento de primera línea.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Las guías de práctica clínica actuales recomiendan el uso de antidepresivos para TDM, distimia y depresión subclínica, raramente abordando las evidentes dificultades operacionales para definir apropiadamente las diferencias entre los dos últimos, y en ocasiones considerándolos bajo una misma categoría.

Una consideración crítica a la hora de realizar un plan de tratamiento apropiado, es determinar la duración más adecuada del tratamiento. Intuitivamente, considerando la naturaleza crónica de esta condición, uno podría asumir que es necesario un tratamiento prolongado. Pese a la evidencia disponible que sugiere la eficacia de tratamientos agudos para manejar los síntomas del trastorno depresivo persistente, el alto riesgo de recaída y recurrencia típicos de esta condición minimizan la importancia de determinar si prolongar este tratamiento puede prevenir exacerbaciones del trastorno. Desafortunadamente, hay pocos estudios que aborden este tema. Así pues, por el momento debemos basar esta decisión en el juicio clínico, ponderando cuidadosamente los eventuales beneficios de continuar el tratamiento contra los inconvenientes de hacerlo, o viceversa, considerando la retirada del tratamiento en ausencia de mejoría significativa contra los posibles riesgos de la discontinuación. Es fundamental discutir todo este proceso de decisión con el paciente.

Psicoterapia en trastorno depresivo persistente

Varios estudios han mostrado eficacia de la psicoterapia en formas crónicas de depresión y, en particular, una parte significativa de estos estudios han evaluado la eficacia de abordajes focalizados en la disfunción interpersonal. El Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia (más conocida por sus siglas en inglés, CBASP) es la única psicoterapia específicamente desarrollada para depresión crónica, y una creciente evidencia apoya su superioridad en comparación con el tratamiento habitual y otras formas de psicoterapia como la Psicoterapia Interpersonal y la MBCT (Terapia cognitiva basada en la atención plena o mindfulness), posiblemente siendo eficaz incluso como tratamiento de mantenimiento.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

No obstante, todavía hay cierta prudencia hacia la eficacia de la psicoterapia en el nuevo constructo del DSM-5, el trastorno depresivo persistente. Por ahora, parece que la psicoterapia es menos efectiva para este trastorno que para un TDM episódico, quizá por el retraso en el tratamiento, la baja motivación, duración insuficiente del tratamiento, y la ausencia de abordajes más estandarizados que se adecúen a su naturaleza multifacética. Así pues, la psicoterapia para la distimia pura podría ser menos efectiva que la farmacoterapia. Sin embargo, los estudios hasta la fecha son de baja calidad y corta duración, y no emplean psicoterapias específicamente desarrolladas para depresión crónica. Por tanto, este tipo de terapias deberían ser una prioridad para futuras investigaciones [8].

Tratamiento farmacológico

Antidepresivos

La evidencia disponible sugiere la eficacia de los antidepresivos, así como su buena aceptación en los pacientes con distimia, como muestran diversos metaanálisis que incluyen ensayos clínicos aleatorizados examinando el efecto de estos fármacos en individuos con distimia. Un importante metaanálisis comparó la respuesta a antidepresivos y placebo entre TDM y distimia en ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo. Se encontró que los antidepresivos eran más eficaces que el placebo tanto para tratar TDM como distimia, y que la respuesta al placebo era mucho menor en los ensayos de distimia en comparación con los de TDM [3].

A la hora de elegir un agente específico, tenemos menos elementos en los que basar esta decisión. Paroxetina, duloxetina, sertralina, fluoxetina, moclobemida, e imipramina en particular, han sido estudiados para esta indicación y parecen ser opciones válidas. En este contexto, fluoxetina podría tener menor eficacia en comparación el resto, y los efectos secundarios de la imipramina podrían conllevar más problemas de tolerabilidad [1].

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Antipsicóticos

Una revisión Cochrane de 2009 sobre la eficacia de los antipsicóticos de segunda generación en depresión y distimia, recomienda el uso de dosis bajas de amisulpirida (alrededor de 50 mg/die) en distimia, dado que presenta una eficacia comparable a la de los antidepresivos. En un metaanálisis posterior de 2016, se confirmó la eficacia de amisulpirida en TDP, así como también la información ya recogida sobre incremento del riesgo de elevar la prolactina, ganancia de peso y pérdida de libido [1].

SITUACIÓN ACTUAL Y CONTROVERSIA

La distimia representa la confluencia de varios constructos clínicos antiguos, incluyendo la depresión neurótica y la personalidad depresiva, que se solapan, pero de alguna forma tienen diferentes significados. La introducción de la distimia en la sección de trastornos afectivos del DSM-III fue controvertida, dado que mucha gente creía que los síntomas persistentes de bajo grado, a menudo desde la infancia o la adolescencia, indicaban un estilo de personalidad más que un trastorno del humor [8].

Sin embargo, la controversia comienza mucho antes si miramos con atención, remontándonos al concepto mismo de trastorno depresivo mayor. Una corriente importante en el mundo de la salud mental cuestiona la validez de este constructo. Desde su perspectiva, se plantea que el TDM representa cuatro tipos diferentes de depresión: melancólica, neurótica, mixta y pura. Se cuestiona la validez del concepto de TDM tal como se entiende en las últimas ediciones del DSM, y considera que es un error haber perdido el concepto de “depresión neurótica”, visto desde un punto psicopatológico, descriptivo, y no desde un punto de vista psicoanalítico. Es decir, autores como Ghaemi entienden este concepto sin hacer asunciones con respecto a conflictos subconscientes a los que hacía referencia el psicoanálisis, sino como una entidad crónica, de síntomas moderados, con una base depresiva prolongada que es lo que podríamos llamar distimia, entendiendo que esta base refleja más bien un temperamento que una enfermedad diferenciada [9].

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

En esta línea, un estudio húngaro comparó adolescentes con distimia pura con otros con TDM en cuanto a las dimensiones del temperamento, como la búsqueda de novedades, la evitación del daño, dependencia de la recompensa, persistencia, autodirección, cooperatividad y autotranscendencia, sin encontrar diferencias relevantes entre los dos grupos en casi ninguno. La única diferencia significativa fue un ligero aumento de conductas de evitación del daño en adolescentes con TDM en comparación con los distímicos. Las escasas diferencias entre las cualidades del temperamento entre TDM y distimia podrían apoyar la teoría de Akiskal sobre un continuum de los trastornos depresivos [10,11].

Numerosos estudios han mostrado que se asocia con altas tasas de trastornos de personalidad y rasgos más extremos dentro de personalidades normativas, como un mayor neuroticismo o una menor extraversión, en comparación con el trastorno depresivo mayor no crónico. Así, los más críticos argumentan que el trastorno depresivo persistente, en particular en su forma más leve (lo que llamaríamos distimia pura), refleja en tipo de personalidad más que un trastorno afectivo clínicamente significativo [8].

Sin embargo, la evidencia de los estudios familiares, de seguimiento, y los estudios de tratamiento muestran una relación cercana entre la distimia y el TDM no crónico. Estudios familiares han hallado una tasa de TDM significativamente más elevada en los familiares de primer grado de personas con distimia que en los familiares de controles sanos. Además, casi todos los individuos con distimia desarrollan eventualmente episodios depresivos mayores y, por último, los pacientes con distimia tienen una respuesta significativamente mejor a los antidepresivos que al placebo. Por tanto, pese a las conexiones con los trastornos de personalidad, existe evidencia de peso para ver la distimia como un trastorno afectivo. [8].

Un estudio revisó la literatura respecto al concepto de distimia, evaluando este trastorno acorde a los criterios propuestos por Robins y Guze para la validación de diagnósticos clínicos, que consisten en examinar la comorbilidad, la trayectoria del curso clínico, la respuesta al tratamiento, la agregación en familias y hallazgos de laboratorio en común (incluyendo temperamento y rasgos de personalidad, neuroimagen, fisiopatología y marcadores genéticos).

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Teniendo en cuenta los criterios de Robins y Guze, se concluyó que hay un solapamiento significativo entre la distimia y el TDM y/o trastorno de ansiedad generalizada (TAG), específicamente, los trastornos del espectro internalizador; la implicación de que la distimia tiene un curso crónico no se apoya en estudios empíricos; los metaanálisis sugieren que hay algunas diferencias en las modalidades de tratamiento entre distimia y TDM; todavía está por confirmar hasta qué punto se encuentra la distimia más cercana a los trastornos de personalidad o a los trastornos del eje I, y los estudios de temperamento y personalidad demuestran una inmensa heterogeneidad en las personas con distimia. Los resultados de neuroimagen y fisiopatología son muy escasos para proporcionar conclusiones significativas. Por tanto, estos datos sugieren que el concepto de distimia no discrimina y engloba otros estados de síntomas depresivos como aquellos con ansiedad y condiciones depresivas inducidas por la personalidad, y que por tanto son intrínsecamente heterogéneos. Aunque no se ha examinado formalmente la fiabilidad del nuevo trastorno depresivo persistente, es de esperar que al reetiquetar la depresión crónica y la distimia en este nuevo concepto en el DSM-5, se corra el riesgo de crear otro diagnóstico amplio y heterogéneo, que pase por alto la identificación de condiciones intrínsecamente diferentes.

Por tanto, parece que aún hay progresos por hacer en investigación para confirmar la validez discriminativa del trastorno distímico; por ejemplo, a la hora de diferenciar de la depresión mayor, ansiedad generalizada y estados depresivos condicionados por el peso de la personalidad [11].

CONCLUSIONES

Con todo lo revisado previamente, podemos afirmar que la distimia no es una condición circunscrita y parece capturar la depresión persistente y la ansiedad, además de contar con una contribución importante de la personalidad en la expresión de la sintomatología.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

Probablemente sea razonable afirmar que estamos ante un trastorno afectivo de difícil manejo, en el que se ha perdido cierto componente descriptivo a nivel psicopatológico con respecto a los antiguos tratados y manuales diagnósticos de psiquiatría, el cual podía aportar cierta luz a la hora de tener en mente esos aspectos temperamentales y de personalidad que confieren a este trastorno una manifestación diferente a la de otros trastornos afectivos de mejor pronóstico.

A falta de resolver esta controversia, no debemos rendirnos en el abordaje de la distimia y emplear todas las herramientas terapéuticas a nuestro alcance, combinando tanto farmacoterapia como psicoterapia siempre que sea posible, dado que por el momento ninguna ha demostrado una clara superioridad sobre la otra, y que la evidencia disponible parece avalar la eficacia de un tratamiento combinado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carta MG, Paribello P, Nardi AE, Preti A. Current pharmacotherapeutic approaches for dysthymic disorder and persistent depressive disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2019 Oct;20(14):1743-1754. doi: 10.1080/14656566.2019.1637419. Epub 2019 Jul 10. PMID: 31290333.
2. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord*. 2001 Jan;62(1-2):17-31. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00347-5. PMID: 11172870.
3. Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2011 Apr;72(4):509-14. doi: 10.4088/JCP.09m05949blu. PMID: 21527126.
4. Ventriglio A, Bhugra D, Sampogna G, Luciano M, De Berardis D, Sani G, Fiorillo A. From dysthymia to treatment-resistant depression: evolution of a psychopathological construct. *Int Rev Psychiatry*. 2020 Aug-Sep;32(5-6):471-476. doi: 10.1080/09540261.2020.1765517. Epub 2020 May 21. PMID: 32436408.

DISTIMIA ¿REALMENTE UNA DEPRESIÓN LEVE?

5. Hamidian S, Omid A, Mousavinasab SM, Naziri G. Comparison of the Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy Accompanied by Pharmacotherapy With Pharmacotherapy Alone in Treating Dysthymic Patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2013 Mar;15(3):239-44. doi: 10.5812/ircmj.8024. Epub 2013 Mar 5. PMID: 23984005; PMCID: PMC3745754.
6. Witte TK, Timmons KA, Fink E, Smith AR, Joiner TE. Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide? *J Affect Disord*. 2009 May;115(1-2):69-78. doi: 10.1016/j.jad.2008.09.003. Epub 2008 Oct 8. PMID: 18842304; PMCID: PMC2674849.
7. Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, Collins PY, Whiteford H, Vos T, Ferrari A. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *J Psychiatr Res*. 2021 May;137:242-249. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.053. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33714076; PMCID: PMC8095367.
8. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):801-812. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30099-7. PMID: 32828168.
9. Ghaemi SN, Vöhringer PA, Vergne DE. The varieties of depressive experience: diagnosing mood disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Mar;35(1):73-86. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.008. PMID: 22370491.
10. Dinya E, Csorba J, Grósz Z. Are there temperament differences between major depression and dysthymic disorder in adolescent clinical outpatients? *Compr Psychiatry*. 2012 May;53(4):350-4. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.013. Epub 2011 Aug 11. PMID: 21839431.
11. Rhebergen D, Graham R. The re-labelling of dysthymic disorder to persistent depressive disorder in DSM-5: old wine in new bottles? *Curr Opin Psychiatry*. 2014 Jan;27(1):27-31. doi: 10.1097/YCO.000000000000022. PMID: 24270481.