

Revisión sobre la distimia y trastorno depresivo persistente: historia, correlación e implicaciones clínicas.

Autor: Ana Rodríguez Cobo.
Medicina Interna.
Hospital Vithas La Milagrosa, Madrid.

Revista original: Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications Prof Elisabeth Schramm, PhD † Prof Daniel N Klein, PhD † Moritz Elsaesser, MSc Prof Toshi A Furukawa, MD Prof Katharina Domschke, PhD Show footnotes Published: September, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)

ABSTRACT

El trastorno depresivo crónico es frecuente y generalmente más limitante que el episodio depresivo mayor. La distimia suele ser difícil de diagnosticar y es de origen multifactorial. La revisión tiene como objetivo revisar los conocimientos actuales y proponer un enfoque multifacético e individualizado para el tratamiento de estas enfermedades.

Persistent depressive disorder is a chronic mood disorder that is common and often more disabling than major depression. Dysthymia is challenging to diagnose and the cause is likely to be multifactorial. In this review, they discuss the knowledge and propose a tailored, modular approach to accommodate its multifaceted nature.

ARTÍCULO

La distimia fue introducida en el *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* DSM-II y en el *“International Classification of Diseases”* ICD-10 como diagnóstico de depresión unipolar crónica y de bajo grado. Es la unión de la depresión neurótica y el trastorno de personalidad depresiva. Sin embargo, existe controversia sobre si se trata de un trastorno de la personalidad o un trastorno del ánimo. A lo largo del tiempo, se han ido añadiendo nuevos DSM hasta el DSM-V, que ha consolidado la distimia y otras formas de depresión crónica (depresión doble y trastornos depresivos crónicos mayores) en trastornos depresivos persistentes.

Sin embargo, el ICD-11 continúa categorizando la distimia como un trastorno de gravedad más moderada que en el DSM-V, excluyendo otras formas más severas de depresión crónica.

Están bien diferenciados los trastornos depresivos crónicos de los transitorios. Los trastornos depresivos crónicos se asocian más frecuentemente a antecedentes familiares de episodios depresivos en familiares de primer grado, las manifestaciones clínicas son más tempranas y tienen una mayor tasa de recurrencias que en pacientes con trastornos depresivos

Especialidades

Medicina General
Psiquiatría

PALABRAS CLAVE:

Distimia
Depresión
Psicoterapia
Farmacoterapia

KEYWORDS:

Dysthymia
Depression
Psychotherapy
Pharmacotherapy

transitorios. La evidencia disponible sugiere que la diferencia entre los trastornos depresivos crónicos y transitorios es cualitativa y no cuantitativa.

La edición DSM-III y las posteriores, dividieron la distimia y los trastornos depresivos transitorios en inicio precoz (menores de 21 años) e inicio tardío (de 21 años en adelante). Sin embargo, hoy en día está discutido si el punto de corte es el idóneo.

Los trastornos depresivos persistentes están infradiagnosticados. Para su correcto diagnóstico es importante valorar la situación clínica del paciente antes y después de los episodios depresivos. La mayoría de las escalas usadas para la depresión tienen un uso limitado en los trastornos depresivos persistentes. Para ello, se ha desarrollado la escala de evaluación de distimia de Cornell, con una mayor validez que las anteriores.

Al analizar si existen causas biológicas que producen la distimia, algunos estudios han demostrado que existe alteraciones serotoninérgicas e inmunitarias asociadas. También, se han observado alteraciones endocrinas, como un aumento de los niveles de hormona liberadora de corticotropina y de cortisol, mientras que otros estudios no han encontrado alteraciones genéticas asociadas a la presencia de distimia. Por tanto, la evidencia disponible sobre las causas genéticas y neurobiológicas de estos trastornos es escasa y de baja calidad en el momento actual y, por tanto, no permite identificar una causa clara de su origen.

Los tratamientos de elección en los pacientes con trastornos depresivos persistentes son los fármacos antidepresivos y la psicoterapia, que pueden ser usados en solitario o de manera combinada. Varios estudios han demostrado que estos tratamientos son menos efectivos en pacientes con trastornos depresivos crónicos, como la distimia, que en trastornos depresivos transitorios. Se postula que las posibles causas de esta menor efectividad son la corta duración o dosificación de tratamiento, el retraso en el inicio del tratamiento, la falta de motivación y el pesimismo de los pacientes en encontrar una mejoría con el tratamiento y una menor tasa de resolución espontánea de la sintomatología con una menor respuesta al placebo. Además, aquellos pacientes que sufrieron maltrato en la infancia, que tienen antecedentes familiares de depresión y los que tienen un inicio precoz tienen mayor probabilidad de tener un curso de la enfermedad más crónico y tienen una mayor tasa de respuesta a con la psicoterapia, especialmente con el uso de un sistema de análisis cognitivo conductual, que con tratamiento farmacológico.

Un meta-análisis ha demostrado que la psicoterapia tiene un efecto escaso pero beneficioso en los pacientes con distimia y trastornos depresivos crónicos.

Se ha demostrado que una mayor duración del tratamiento y el uso de un sistema de análisis cognitivo conductual en pacientes seleccionados obtiene mayores tasas de respuesta.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, la moclobemida, la imipramina, la ritanserina y la amisulprida son más efectivos que placebo, siendo la fluoxetina menos efectiva. Sin embargo, en 2019 una revisión de la

Cochrane concluyó que el uso del tratamiento farmacológico de mantenimiento era controvertido por los hallazgos heterogéneos observados en los ensayos analizados.

Al comparar las tasas de respuesta de los tratamientos, un estudio publicado por Cujpers demostró una menor efectividad de la psicoterapia frente al tratamiento farmacológico. En 2014, un meta-análisis concluyó que el tratamiento farmacológico era también preferible frente a la psicoterapia, pero destacó el papel del tratamiento cognitivo conductual en la distimia. No obstante, la calidad de la evidencia es baja, por lo que se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos.

Sin embargo, varios estudios han demostrado una mayor tasa de respuesta en los pacientes con trastornos depresivos mayores que reciben tratamientos combinados, farmacológicos y psicoterapia, que en aquellos que reciben tratamientos aislados.

El tratamiento individualizado tiene un papel muy importante en el tratamiento de esta enfermedad. Estudios han demostrado una mayor respuesta al tratamiento cognitivo conductual en pacientes con una depresión más grave y que tienen antecedentes de traumas en la juventud y una peor respuesta a los modelos de tratamiento de psicoterapia tradicional como la terapia interpersonal. Los modelos de tratamiento personalizados, como la psicoterapia modular, son prometedores para el manejo de los pacientes con trastornos depresivos persistentes desde un enfoque multifacético.

COMENTARIO

En torno al 20-30% de los trastornos depresivos son crónicos y tienen un peor pronóstico. La prevalencia de la distimia se sitúa sobre el 1-6% y, de los trastornos depresivos crónicos, el 33-50% de los pacientes tenía antecedentes de episodios depresivos.

La evidencia disponible del origen de estas enfermedades es escasa, motivo por el cual la identificación de los posibles biomarcadores causantes es prioritaria para poder conseguir un tratamiento dirigido.

Hasta el 40% de los trastornos depresivos persistentes son resistentes a los tratamientos farmacológicos actuales. Esta resistencia está causada muchas veces por una corta duración o dosificación del tratamiento.

Sin embargo, el tratamiento combinado con farmacoterapia y psicoterapia ha demostrado una mayor tasa de respuesta y ser más coste-efectivo que el tratamiento farmacológico aislado.

El tratamiento modular centrándose en los factores de riesgo individuales, conocido como el manejo psiquiátrico de precisión, podría disminuir la tasa de trastornos depresivos persistentes, incluyendo la distimia.

BIBLIOGRAFÍA

Vol 139, Nº 2, Págs 172-180. 2012. Murphy JA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. J Affect Disord, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.033>

Vol 115, Nº 1-2, Págs 112-121. 2009. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. J Affect Disord. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.023>

Vol 54, Nº 6, Págs 389-98. 2009. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. Can J Psychiatry. Doi: <https://doi.org/10.1177/070674370905400606>

Vol 140, Nº 1, Págs 11-20. 1983. Akiskal HS. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am J Psychiatry. Doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.140.1.11>

AUTOEVALUACIÓN

1. Señale la respuesta incorrecta:
 - a) Los trastornos depresivos persistentes son normalmente más limitantes que los episodios de depresión mayor.
 - b) El diagnóstico de la distimia es fácil de detectar desde el principio.
 - c) Las causas de los trastornos depresivos persistentes son multifactoriales.
 - d) La prevalencia de los trastornos depresivos persistentes es mayor en los pacientes con antecedentes de episodios depresivos.

2. Señale la respuesta incorrecta:
 - a) La psicoterapia ha demostrado ser más efectiva que la farmacoterapia en pacientes con distimia.
 - b) El tratamiento combinado ha demostrado ser mejor en ambas estrategias por separado.
 - c) Existe una tasa alta de resistencias al tratamiento farmacológico causadas por una corta duración del tratamiento.
 - d) El tratamiento modular individualizado podría disminuir la tasa de trastornos depresivos persistentes.