

El espectro clínico de la distimia: a propósito de un caso.

*J. M. Montes Rodríguez**, *A. Conde Bahillo***, *J. Saiz Ruiz*

* F.E.A. del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Madrid (España).

** M.I.R. del Hospital General de Palencia Río Carrión. Palencia (España).

*** Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España).

Correspondencia:

José Manuel Montes Rodríguez
Centro de Salud Mental de Torrejón
Avenida de la Solana, s/n.
28850 Torrejón de Ardoz. Madrid (España)
Tel.: +34 91 678 06 06
E-mail: josemanuel.montes@globalmed.es

CASO CLÍNICO

[\[Resumen\]](#) [\[Abstract\]](#)

- ▶ [Introducción.](#)
- ▶ [Caso clínico.](#)
- ▶ [Discusión.](#)

Introducción

La depresión neurótica ha sido un término que tradicionalmente ha hecho alusión a un subgrupo de depresiones de intensidad leve, con escasa presencia de síntomas vegetativos o psicomotores y que surgían de forma reactiva a problemas de relación interpersonal o cualquier tipo de pérdida¹. Se suponía que la etiología del trastorno era psicogenética, desarrollándose sobre una caracteropatía previa, la cual se consideraba la base fundamental del trastorno.

El concepto de distimia surgió con el DSM-III reemplazando a la depresión neurótica. Se clasificó dentro de los trastornos del ánimo debido a que estudios de seguimiento demostraron que en un porcentaje muy elevado desarrollaban posteriormente depresiones mayores o incluso un trastorno bipolar². Además, se ha observado una alta carga de antecedentes familiares de, tanto depresión mayor, como trastorno bipolar, entre los pacientes afectos de distimia³. La relación con los trastornos afectivos también se pone de manifiesto al compartir con los pacientes depresivos el acortamiento de la latencia REM³ y una respuesta positiva a diversos timolépticos⁴.

Por todo ello Akiskal ha enfatizado que la distimia es un trastorno perteneciente al espectro afectivo y que predispone a la aparición de episodios afectivos mayores⁵. De confirmarse esta hipótesis, la repercusión sobre su tratamiento y pronóstico es de gran

interés, sobre todo teniendo en cuenta la elevada prevalencia y grado de discapacidad de este trastorno.

A continuación se presenta un caso clínico que viene a ilustrar esta pertenencia de la distimia a un espectro afectivo, en el que ésta sería parte de un continuum con el trastorno bipolar en un extremo.

Caso clínico

Se trata de una paciente que acude por primera vez a un psiquiatra a la edad de 29 años. El motivo de esa primera consulta es el bajo estado de ánimo -piensa que no disfruta de la vida- e inseguridad en sus relaciones interpersonales desde prácticamente el inicio de su adolescencia. Ella misma atribuye este estado a las difíciles relaciones que mantiene con su madre, a la que considera una persona muy autoritaria y que pretende imponer su criterio de forma constante. Inicia psicoterapia que abandona al cabo de un año ante la escasa mejoría que experimenta. Tras ello, sigue diversos tratamientos psicofarmacológicos fundamentalmente con antidepresivos, tales como amitriptilina, imipramina o maprotilina. No mantiene ninguno de ellos por un tiempo superior a 10 días, debido a la gran cantidad de efectos secundarios que presenta, incluso a las dosis tan bajas e infraterapéuticas que se le pautan. Por esta razón, el único tratamiento que mantiene durante años es la combinación de melitraceno (20 mg/día) y flupentixol (1 mg/día) con el que se siente al menos más tranquila. Sin embargo, sufre bajadas en su estado de ánimo en relación fundamentalmente con discusiones que mantiene con su madre por temas nimios, que cada vez se hacen más frecuentes y se extienden a otras personas de su entorno socio-familiar al sentirse rechazada por ellos. La sintomatología que presenta en estos periodos de aumento de la tristeza consiste en insomnio, cansancio, dificultades de concentración y molestias somáticas como cefalea de características tensionales. Estos periodos remiten de forma espontánea, tras varios meses, en los que se van atenuando los síntomas lentamente.

Pese a que, con el paso del tiempo, se van acentuando progresivamente tanto la inseguridad como la sensación de cansancio, no recibe otro tratamiento ya que abandona el seguimiento psiquiátrico por pensar que no obtiene ningún beneficio del mismo. Realiza un primer gesto autolítico a los 33 años, previamente a su boda, tras una fuerte discusión que mantiene con su madre. Durante sus primeros años de matrimonio, residiendo alejada de su madre, dice experimentar cierta mejoría, se dedica a las tareas del hogar y tiene dos hijas. Un traslado de su marido que conlleva un nuevo acercamiento a su madre desemboca en un nuevo intento autolítico a los 45 años. Este hecho motiva un nuevo contacto psiquiátrico e inicio de tratamiento con diversos antidepresivos que tampoco tolera. Finalmente, se inicia tratamiento con maprotilina a dosis crecientes de hasta 150 mg/día. En esta ocasión no se objetiva intolerancia y sí una respuesta positiva, con una progresiva recuperación del estado de ánimo. Sin embargo, a las cuatro semanas, su familia comienza a notarla muy activa y habladora, levantándose a las 5 de la mañana para realizar todas las tareas del hogar, saliendo posteriormente a hacer deporte, cosa que nunca antes había realizado. Es traída a consulta donde se objetiva un ánimo expansivo y verborrea. Manifiesta encontrarse en forma, habiéndole desaparecido la molesta cefalea que había tenido toda su vida. Se suspende el tratamiento antidepresivo y se pauta valpromida 1000 mg/día y tioridacina 100 mg/día. La eutimia no se consigue hasta transcurridas 5 semanas. Este estado se mantiene varios meses después, permaneciendo como único tratamiento el regulador del humor.

Como antecedentes personales psiquiátricos destaca una tía materna que precisó tratamiento con electrochoque por un cuadro depresivo. Así mismo, su hija sigue consultas psicológicas por sintomatología depresiva e inseguridad.

Discusión

Del análisis de este caso se pueden extraer varias conclusiones interesantes. Hay que destacar en primer lugar la vigencia del concepto kraepeliniano de distimia. Para Kraepelin, lo que caracteriza a la distimia son los síntomas depresivos de bajo grado⁶, fundamentalmente de tipo *subjetivo* (humor y cognición) y la ausencia de signos *objetivos* (psicomotores y vegetativos). Este concepto ha sido retomado por Akiskal, ubicándola un paso más allá del temperamento melancólico, en un continuum, con los episodios afectivos mayores en el otro extremo.

En el caso que nos ocupa, el motivo de la primera consulta psiquiátrica es el bajo ánimo presente desde hace varios años, además de la inseguridad en las relaciones interpersonales. no se aprecian signos *objetivos* en consonancia con el concepto de distimia anteriormente esbozado. Esta sintomatología, de difícil separación todavía del plano de las alteraciones temperamentales, es la base para el desarrollo posterior del trastorno distímico. Es decir, la existencia de una diatesis para presentar una disregulación afectiva provoca, al mantenerse en el tiempo determinados factores ambientales adversos, un trastorno distímico según el modelo de Akiskal. Además, ilustra perfectamente cómo la permanencia de estos síntomas puede modificar incluso el carácter, generando rasgos tales como la hipersensibilidad al rechazo que le llevan a presentar dificultades en la esfera de las relaciones interpersonales⁷. Ello va a provocar que, los roces interpersonales o discusiones, sean vivenciados por la paciente con gran estrés y cristalicen episodios depresivos como se deduce de la sintomatología que aparece tras estas situaciones. Es decir, la baja autoestima, dependencia e hipersensibilidad al rechazo derivados del mantenimiento de los síntomas distímicos impiden a la paciente mantener un adecuado grado de autonomía y afirmación personal, permitiendo la aparición de situaciones que siente como abandono y que son el caldo de cultivo para los episodios depresivos posteriores.

Según este esquema, se puede explicar cómo síntomas subdepresivos pueden generar muchos de los tradicionales trastornos neuróticos. Si en el momento de solicitar ayuda, la paciente hubiera recibido un adecuado abordaje terapéutico, la carga derivada de este conflicto interpersonal se hubiera aliviado y con ello se hubieran prevenido las complicaciones posteriores³.

Desgraciadamente, ni las alteraciones caracteriales, ni los síntomas distímicos, ni incluso los episodios depresivos recibieron un adecuado abordaje y tratamiento, perpetuando la situación de la paciente. Esto puede explicar en parte la evolución crónica de la distimia que se observa en los estudios de seguimiento realizados⁸.

La necesidad de realizar un tratamiento adecuado de, tanto los síntomas subafectivos a nivel temperamental, como del trastorno distímico es evidente, y no sólo para prevenir la cristalización de episodios afectivos mayores, sino también intentos autolíticos de desenlace fatal. Existen suficientes datos que hablan de la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos en la distimia, e incluso sugieren la hipótesis que éstos pueden modificar el sustrato temperamental que da pie a ella³.

Aunque probablemente la distimia sea un concepto heterogéneo, al menos un subgrupo de ella sí que pertenece al espectro afectivo. Este caso resulta suficientemente ilustrativo de esta relación, y no sólo por la aparición de episodios de depresión mayor, sino también por el desencadenamiento de síntomas hipomaniacos. La hipomanía aparece en el contexto de un tratamiento antidepresivo, por lo que el primer diagnóstico a realizar siguiendo los criterios DSM-IV⁹ es el de Trastorno afectivo inducido por antidepresivos

con características maníacas. El desencadenamiento de episodios hipomaniacos en pacientes distímicos tras recibir tratamiento antidepresivo ya ha sido comunicado previamente³, así como también de forma espontánea¹⁰.

Este hecho permite por sí solo establecer la conexión de la distimia -o al menos algún subgrupo de distimia- con el trastorno bipolar, ya que es bastante probable que para desarrollar una hipomanía, aunque inducida por antidepresivos, sea necesaria la existencia de una diatesis para este trastorno.

Pero además, la duración del episodio hipomaniaco fue de 5 semanas tras haber retirado la medicación antidepresiva. Esto obliga a considerar que el diagnóstico más adecuado es el de Trastorno Bipolar tipo II, al permanecer la sintomatología por un espacio superior a las 4 semanas tras la retirada del antidepresivo⁹.

En definitiva, el caso clínico presentado permite incluir algunos subgrupos de distimia dentro de un espectro afectivo, obligando a considerar la necesidad de un adecuado tratamiento farmacológico para estos pacientes. Todo ello sin descartar otros abordajes que pueden resultar de utilidad en otros casos. Resulta por lo tanto necesario realizar investigaciones que permitan establecer esta distinción.

REFERENCIAS

1. Klerman GL, Endicott J, Spitzer R, Hirschfeld RM. Neurotic depressions: a systematic analysis of multiple criteria and meanings. *Am J Psychiatry* 1979;136:57-61.
2. Akiskal HS, Bitar AH, Puzantian VR, Rosenthal TL, Walker PW. The nosological status of neurotic depression: a prospective three-to four-year follow-up in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:756-66.
3. Akiskal HS, Rosenthal TL, Haykal RF, Lemmi H, Rosenthal RH, Scott-Strauss A. Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating 'subaffective dysthymias' from 'character spectrum disorders'. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:777-83.
4. Howland RH: Pharmacotherapy of dysthymia: a review. *J Clin Psychopharmacol* 1991;11: 83-92.
5. Akiskal HS. Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 Suppl 383:19-23.
6. Burton SW, Akiskal HS, editores. *Dysthymic disorder*. London: Gaskell; 1990.
7. Akiskal HS. Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981;15: 9-10.
8. Akiskal HS, Weise RE. The clinical spectrum of so-called 'minor' depressions. *Am J Psychother* 1992;46:9-22.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
10. Klein DN, Taylor EB, Harding K, Dickstein S. Double depression and episodic major depression: demographic, clinical familial, personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am J*

Referencia a este artículo según el estilo Vancouver:

Montes JM, Conde A, Saiz J. El espectro clínico de la distimia: a propósito de un caso. *Psiquiatría.COM* [revista electrónica] 1998 Diciembre [citado 1 Ene 1999];2(4):[9 pantallas]. Disponible en: URL:
http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_9.htm

NOTA: la fecha de la cita [citado...] será la del día que se haya visualizado este artículo.



info@psiquiatria.com



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)

© **INTERSALUD, 1998**. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.