UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DE LA DISTIMIA, TOMANDO COMO REFERENCIA LOS MANUALES DE DIAGNÓSTICO DSM V Y CIE 10.

MOROCHO MACAS GABRIELA LIZBETH
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DE LA DISTIMIA, TOMANDO COMO REFERENCIA LOS MANUALES DE DIAGNÓSTICO DSM V Y CIE 10.

MOROCHO MACAS GABRIELA LIZBETH
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018

UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DE LA DISTIMIA, TOMANDO COMO REFERENCIA LOS MANUALES DE DIAGNÓSTICO DSM V Y CIE 10.

MOROCHO MACAS GABRIELA LIZBETH
PSICÓLOGA CLÍNICA

ROJAS CARRION KARINA GABRIELA

MACHALA, 12 DE ENERO DE 2018

MACHALA
12 de enero de 2018

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencia los manuales de diagnóstico DSM V y CIE 10., hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

ROJAS CARRION KARINA GABRIELA
1103776850
TUTOR - ESPECIALISTA 1

CARPIO MOSQUERA CARLOS PATRICIO
0909180002
ESPECIALISTA 2

VALAREZO GUZMÁN ERICK GABRIEL
0705954154
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 08 de enero de 2018 - 14:40

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: para enviar a URKUND.docx (D34153539)
Submitted: 12/22/2017 2:39:00 AM
Submitted By: glmorocho_est@utmachala.edu.ec
Significance: 5 %

Sources included in the report:

eficacia de la TCC en depresion. libro.docx (D21925437)
DEPRESION-Y-SUICIDIO.pdf (D24719649)
Trastorno-Afectivo-Depresion.docx (D24255096)
http://www.primerahora.com/estilos-de-vida/salud/nota/distimiauntrastornoquedevoralapasionporlavida-1181105/
http://mariarodriguezcarbajal.com/distimia
http://cognitivoconductual.org/terapeutas/trastornos/distimia/

Instances where selected sources appear:

7

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, MOROCHO MACAS GABRIELA LIZBETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Análisis semiológico de la distimia, tomando como referencia los manuales de diagnóstico DSM V y CIE 10., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 12 de enero de 2018

Gabriela Morocho

MOROCHO MACAS GABRIELA LIZBETH
0706615416

RESUMEN:

La distimia es un trastorno que presenta los síntomas de una depresión leve, pero de una manera más persistente; en el CIE 10 se encuentra dentro de los trastornos del humor (afectivos) persistentes, distimia (F34.1); y en el DSM V se encuentra en los Trastornos Depresivos, como Trastorno Depresivo Persistente (distimia) 300.4, en los cuales, los criterios diagnósticos son similares.

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo analizar teóricamente la semiología de la distimia, se realizó en base a la teoría cognitiva conductual, misma que plantea la interrelación constante y dinámica entre los pensamientos, sentimientos y conductas; se utilizó la revisión bibliográfica de carácter descriptiva para dar respuesta al problema planteado en el caso ejemplo.

Como conclusiones se establece que la distimia es un tipo de depresión menos grave pero más crónica, los síntomas asociados al trastorno distímico tienen que ver con el estado de ánimo, la autoestima, socialización, lenguaje, ingesta alimentaria, actividades placenteras y vigilia. El tratamiento es interdisciplinario y contempla la farmacoterapia en el control de síntomas fisiológicos como el insomnio y la psicoterapia cognitiva conductual en la modificación de pensamientos errados.

PALABRAS CLAVES:

Distimia, Semiología, Depresión

ABSTRACT

Dysthymia is a disorder that presents the symptoms of mild depression, but in a more persistent way; in the CIE 10 it is within the persistent (affective) mood disorders, dysthymia (F34.1); and in the DSM V it is found in the Depressive Disorders, such as Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) 300.4, in which the diagnostic criteria are similar.

The objective of this research work is to theoretically analyze the semiology of dysthymia, based on cognitive behavioral theory, which raises the constant and dynamic interrelation between thoughts, feelings and behaviors; a descriptive bibliographic review was used to answer the problem posed in the example case.

As conclusions it is established that the dysthymia is a less severe but more chronic type of depression, the symptoms associated with the specific disorder have to do with the state of mind, self-esteem, socialization, language, food intake, pleasant activities and wakefulness. The treatment is interdisciplinary and contemplates pharmacotherapy in the control of physiological symptoms such as insomnia and cognitive behavioral psychotherapy in the modification of mistaken thoughts.

KEYWORDS:

Dysthymia, Semiology, Depression

INDICE

RESUMEN: **0**
PALABRAS CLAVES: 0
ABSTRACT **1**
KEYWORDS: 1
INDICE **2**
INTRODUCCIÓN **3**
DESARROLLO **5**
Depresión 5
Trastorno Distímico 6
Descripción Semiológica de la Distimia 8
Cuadro Comparativo de la Semiología de la Distimia. 10
Evaluación de la distimia 15
Tratamiento 17
CONCLUSIONES **19**
BIBLIOGRAFÍA **20**

INTRODUCCIÓN

La distimia es un trastorno del estado del ánimo, que se acompaña de síntomas depresivos. Hablar de distimia es hablar de depresión; sin embargo, es necesario diferenciar estos dos, en tanto el primero subyace del segundo; la depresión posee una amplia gama de trastornos con cualidades similares, como la causa, intensidad, curso y cronicidad, así mismo, se plantea que antes o durante un trastorno depresivo persistente (distimia) se pudo presentar un trastorno depresivo mayor, por ello, se puede concluir que el trastorno distímico puede desarrollarse a partir de un trastorno depresivo (Londoño & González 2016).

En la distimia intervienen cambios constantes de ánimo bajo, aunque sean menos severos que la depresión mayor, llegan a ser más crónicos, debido a su duración (Gallardo, Jiménez, González, & Villaseñor, 2013); en la depresión, los síntomas son mucho más constantes, lo que la convierte en una patología rígida, por otro lado, en la distimia siendo los síntomas menos severos pueden fácilmente pasar desapercibidos por el paciente agravando el trastorno.

Según el informe de la OMS (2017) más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, en América cerca de 50 millones, Ecuador ocupando el puesto número 11 de depresión en Latinoamérica, y de acuerdo con Dumed (2017) el EPI 2, del distrito 070D2 Machala-Salud, en el periodo enero-agosto del 2017 se ha confirmado 253 casos de depresión, de los mismos que el 49% comprende a personas de edades de 20-49 años y que, aunque ya existen tratamientos ante la enfermedad, se conoce que más la mitad de los afectados no reciben atención necesaria, esto se debe a que mucho de los casos son desconocidos hasta por las mismas personas que lo padecen, dando oportunidad a que la

patología se agrave y se vuelva persistente en los pacientes, de aquí la importancia de analizar a profundidad esta patología.

Los antecedentes hasta aquí expuestos permiten plantear, como objetivo principal de este estudio, el análisis teórico de la semiología de la distimia en mujeres de edad adulta, según el DSM V y el CIE 10; para lo cual, es necesario hacer una revisión detallada, describiendo cada uno de los signos y síntomas de los manuales mencionados, y relacionarlos con otras fuentes bibliográficas, para corroborar la fundamentación.

DESARROLLO

Depresión

La depresión es un trastorno afectivo que poco a poco se ha hecho más frecuente en la población, y tiende a aumentar, éste se caracteriza por presentar anomalías al momento de expresar o recibir afecto (Riveros, Hernández, & Rivera, 2007); las personas que padecen el trastorno ven interferido el desarrollo de sus habilidades sociales, esta sintomatología se puede presentar en el individuo de manera temporal o permanente, dependiendo del grado o tipo de depresión que se padezca.

Por otro lado, Vázquez, Muñoz y Becoña (2000), mencionan que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, la cual se caracteriza por cambios del estado emocional subjetivo y objetivo de la persona, y que se diferencian de los comunes por la duración, intensidad, asociación a síntomas clínicos y por su impacto; en la depresión los cambios de ánimo son mucho más notorios y con mayor intensidad que un cambio de humor “normal” ocasionado por algún acontecimiento previo o estímulo presente. La depresión se puede ver asociado a factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, ésta va a depender de las características personales de cada individuo (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013); muchas investigaciones dirigidas a la depresión, han estudiado la conexión entre mente y cuerpo, para la comprensión del desarrollo de la misma.

Los síntomas depresivos son muchas veces ignorados por las personas, debido a que se presentan por medio de tristeza, que forma parte de manifestaciones afectivas normales, como resultado de un duelo o alguna pérdida (Botto, Acuña, & Jiménez, 2014), y solo conocen de su patología cuando escuchan los síntomas de la misma, por ello, la OMS se ha

preocupado por brindar la información adecuada acerca del trastorno para prevenir, diagnosticar y brindar el debido tratamiento.

En Ecuador, la depresión es una de las enfermedades más recurrentes en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, solo superada por las secuelas de violencia intrafamiliar (Cedeño, Delgado, Morales, & Ormaza, 2017), siendo de vital importancia brindar prevención a la misma, en especial a personas que se encuentran en riesgo; Vázquez y Torres (2007) señalan que quienes están más propensos a padecer depresión son los individuos de 20 a 40 años, personas de bajos recursos económicos, dependientes emocionales, baja autoestima, padres de niños menores de 7 años y mujeres. Para Lezerevich, Delgadillo, Mora y Martínez, (2013), de acuerdo con un análisis universitario, pudieron identificar que son las mujeres quienes tienen una estadísticas más alta en padecer depresión, la Organización Mundial de la Salud recalca que la mayor prevalencia de depresión a nivel mundial es en mujeres (O.M.S., 2017).

Ahora bien, se conoce que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que está caracterizado por sintomatología de carácter emocional, así mismo, la distimia también presenta síntomas depresivos, pero de una manera más constante y crónica; por lo cual, se puede entender que la distimia es un tipo de depresión persistente severa, la cual, implica igual o mayor riesgo debido al tiempo de duración del trastorno.

Trastorno Distímico

En el DSM V (2014), la distimia se encuentra dentro de los trastornos depresivos como trastorno depresivo persistente, que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido presente en la mayor parte del día y casi todos los días, con una duración de al menos dos

años; puede presentarse después de una depresión mayor o los episodios de depresión mayor, durante la patología; de igual modo, luego de más de dos años de cumplir criterios de un trastorno depresivo mayor se puede diagnosticar como un trastorno depresivo persistente o distimia.

La distimia es una forma de depresión con síntomas menos graves, que no puede incapacitar a una persona, pero si interferir en el desenvolvimiento normal de su vida; Otero, Alés y Vucínovich (2015) mencionan que esto se debe a que la sintomatología presente en la distimia no permite un correcto funcionamiento en las áreas de su vida, una persona que padece distimia podrá llevar una vida aparentemente “normal” pero con una disfunción en alguna o varias esferas vitales como; la social, familiar, laboral o personal.

La distimia puede pasar desapercibida, pues sus síntomas son menos graves que la depresión, no por su intensidad sino por su duración, un ejemplo de aquello es la historia del reconocido actor y comediante Jim Carrey, quien ha asegurado, en entrevistas a diferentes medios de comunicación, haber cursado por largos periodos depresivos a raíz de la muerte de su esposa en el año 2004, agudizada en el año 2014 con el suicidio de su ex novia; quien observa las producciones cinematográficas de este actor no imaginaría que detrás de sus innumerables manifestaciones de gracia y empatía se esconde una psiquis afectada por la depresión; en una de sus últimas entrevistas en la revista I News (2017), el protagonista de La Máscara, asegura *"...en este momento, no tengo depresión. No hay una experiencia de depresión. Lo tuve durante años, pero ahora, cuando llega la lluvia, llueve, pero no se queda mucho tiempo. No permanece lo suficiente como para sumergirme y ahogarme más...”*

Descripción Semiológica de la Distimia

Para un análisis completo de la semiología o signos y síntomas de la distimia, es necesario examinar los manuales de diagnóstico, CIE 10 y DSM V, puesto que son una herramienta necesaria del profesional en salud mental para diagnosticar este tipo de trastornos; de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la distimia es un trastorno depresivo persistente, el cual se describe como un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días y con una duración de más de dos años, en niños y adolescentes mínimo un año; durante la depresión se puede presentar poco apetito, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad en la toma de decisiones y sentimientos de desesperanza; éstos síntomas no deben estar presentes por más de dos meses seguidos; los criterios de una depresión mayor (presentar al menos cinco de los siguiente síntomas durante dos semanas, casi todos los días; estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del placer a todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, agitación o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, incapacidad para concentrarse y pensamientos de muerte recurrentes; los síntomas causan malestar clínicamente significativo; el episodio no se atribuye a sustancias ni enfermedad médica) pueden estar presentes en el periodo de dos años; no debe presentar episodios maniacos; los síntomas causan malestar clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes.

De igual manera, el CIE 10 (1994), añade que la distimia es una depresión crónica del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de humor depresivo constante de al menos dos años, sin episodio de hipomanía; ninguno de los episodios de depresión deben ser suficientemente severos como para un trastorno depresivo recurrente leve y presencia

de al menos tres de las siguientes características: disminución de la energía, insomnio, pérdida de la confianza en sí mismo, dificultad de concentración, llanto fácil, pérdida de interés a actividades placenteras, desesperanza, percepción de incapacidad para afrontar alguna responsabilidad, pesimismo del futuro, aislamiento social, disminución de la locuacidad.

El Trastorno depresivo recurrente se caracteriza por episodios repetidos de depresión sin antecedentes de aumento de energía; para su diagnóstico tuvo que haber habido al menos un episodio depresivo leve, grave o moderado, con una duración mínima de dos semanas y, separado del actual, por lo menos dos meses; en ningún momento del pasado pudo existir episodios maniacos o hipomaniacos; estos episodios no son atribuibles a ninguna sustancia u otra patología (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Tanto el manual del DSM V como en el CIE 10, coinciden en que los criterios de distimia deben estar presentes por un tiempo mayor a dos años, y que durante este periodo no debe presentarse hipomanía; lo cual, nos lleva a analizar la semiología del caso propuesto para esta investigación.

Cuadro Comparativo de la Semiología de la Distimia.

Cuadro descriptivo de la semiología de la distimia					
DSM V			**CIE 10**		
Criterios	**Descripción**	**Cotejo**	**Criterios**	**Descripción**	**Cotejo**
A. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por más días de los que está ausente, como lo indica el propio sujeto u observado por los demás, por lo menos 2 años.	El estado de ánimo depresivo. - estado de ánimo impregnado de pesimismo desesperanza o congoja con un halo de tristeza, que se organiza en torno a un núcleo integrado por el dolor moral o dolor por vivir; el individuo carece de motivación, mantiene una cerrazón hermética a cualquier tipo de placer o alegría (Fernández, 2015).	✓	**A.** Presencia de humor depresivo constante o recurrente en al menos 2 años, sin episodios de hipomanía.	El estado de ánimo o humor depresivo.- estado de ánimo impregnado de pesimismo desesperanza o congoja con un halo de tristeza, que se organiza en torno a un núcleo integrado por el dolor moral o dolor por vivir; el individuo carece de motivación, mantiene una cerrazón hermética a cualquier tipo de placer o alegría (Fernández, 2015).	✓

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes: **1.** Poca energía o fatiga. **2.** El insomnio o hipersomnia **3.** La baja autoestima. **4.** Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. **5.** Sentimientos de dese	**1.** Poca energía. - pérdida gradual de la capacidad energética, sensación de debilidad o fatiga. **2.** Insomnio. - dificultad para dormir, incluso en situaciones de cansancio o de necesidad fisiológica, por el contrario, la hipersomnia es el aumento o exceso de sueño (Galimberti, 2002). **3.** Baja autoestima. - dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás. Las personas con autoestima baja buscan, a veces sin ser muy conscientes de ello, la aprobación y el reconocimiento de los demás y suelen tener dificultad para ser ellas mismas y poder expresar con libertad aquello que piensan, sienten y necesitan en sus relaciones interpersonales, así	✓ ✓	**B.** Durante los periodos de depresión hay presencia de por lo menos tres de los siguientes: **1.** Disminución de energía o actividad. **2.** Insomnio. **3.** Pérdida de la confianza en sí mismo. **4.** Dificultad para concentrarse. **5.** Sentimientos de desesperanza.	**1.** Disminución de la energía. - fuerza o viveza que hay en las personas, en la distimia, ésta se ve disminuida (Galimberti, 2002). **2.** Insomnio. - se manifiesta en la dificultad para dormirse incluso en un estado de cansancio y de necesidad fisiológica de sueño, se presenta en la dificultad de conciliar el sueño, y o mantenerlo (Galimberti, 2002). **3.** Pérdida confianza en sí mismo. - dificultad para creer en las propias habilidades, temor al fracaso y desvalorización (Muñoz, 2016). **4.** Dificultad de concentración. - deficiencia para focalizar el estímulo, orientar la atención y organización, sin discriminar información obsoleta para una configuración precisa (Galimberti, 2002), esto no le permite desarrollar una correcta habilidad de toma de decisiones. **5**. Sentimientos de desesperanza. - sentir que no hay oportunidad alguna, nadie en quien creer, pensamiento negativo recurrente que	✓ ✓ ✓

sper anza .	como para poder decir “no” al otro sin sentirse mal por ello. **4.** Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. - deficiencia para focalizar el estímulo, orientar la atención y organización, sin discriminar información obsoleta para una configuración precisa (Galimberti, 2002), esto no le permite desarrollar una correcta habilidad de toma de decisiones. **5.** Sentimientos de desesperanza. - sentir que no hay oportunidad alguna, nadie en quien creer, pensamiento negativo recurrente que limita los proyectos de vida.	✓		limita los proyectos de vida.	
6. Falta de apeti to o com er en exce so.	**6.** Falta de apetito o comer en exceso. - descenso o aumento progresivo de las ingestas alimenticias en frecuencia o porción.		**6.** Llanto fácil. **7.** Pérdid a de interés o satisfa cción	**6.** Llanto fácil. - reacción emotiva excesivamente recurrente para liberar tensión (Galimberti, 2002). **7.** Pérdida de interés o satisfacción por actividades placenteras. -	✓ ✓

			por actividades placenteras. **8.** Percepción de incapacidad a las responsabilidades cotidianas. **9.** Pesimismo sobre el futuro o pensar mucho sobre el pasado. **10.** Aislamiento social. **11.** Disminución de la locuacidad.	incapacidad para experimentar placer a actividades que anteriormente eran placentera, acompañado de ausencia de impulsos a las mismas (Galimberti, 2002). **8.** Percepción de incapacidad a las responsabilidades cotidianas: falencia del autoconcepto relacionado con las actividades cotidianas. **9.** Pesimismo sobre el futuro o pensar mucho sobre el pasado. - incapacidad para dejar de pensar en el estímulo estresor. **10.** Aislamiento social.- conducta de privación, en donde la persona evita el contacto físico o emocional en sus relaciones interpersonales (Psicólogos en Madrid E.U., 2012). **11.** Disminución de la locuacidad.- el lenguaje expresivo se torna lento en ritmo y tono (Linares, 2016).	✓ ✓

C. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.	Manía. - estado psicológico que se presenta con elevación del estado de ánimo con episodios eufóricos (alegría excesiva), confianza ilimitada en uno mismo (Galimberti, 2002). Hipomanía. - estado excesivo de manía que se caracteriza por una etapa de actividad exagerada seguida de otra de depresión. Trastorno ciclotímico.- alteración del estado del ánimo en el que intervienen numerosos episodios de hipomanía y depresión que se diferencian entre sí (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).	✓	**C.** Ningún o pocos, de los episodios individuales de depresión en este periodo de dos años debe ser severo o prolongado como para un trastorno depresivo recurrente leve.	Trastorno depresivo recurrente leve. - se caracteriza por episodios repetitivos de depresión sin antecedentes de elevación del estado de ánimo, siendo el último un episodio leve; éste trastorno no es consecuencia de sustancias psicoactivas ni trastorno mental (Organización Mundial de la Salud, 1994).	✓
D. La alteración no se explica mejor por un trastorno persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, u	Trastornos esquizofrénicos. - se caracterizan por distorsiones en el pensamiento y percepción y afectos inapropiados (Organización Mundial de la Salud, 1994).	✓			

otro espectro de la esquizofrenia determinado o indeterminado y otro trastorno psicótico.		
E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia.	Los síntomas no pueden ser provocados por algún medicamento o sustancias estupefaciente o psicotrópicas.	✓

Evaluación de la distimia

Aunque la distimia es un tipo de depresión menos grave, posee síntomas crónicos que pueden interferir en el correcto funcionamiento vital; para Taset (2016) la evaluación de la distimia se centra en el cuadro clínico del paciente, en el que la neuropsicología juega un papel importante para el diagnóstico y tratamiento, debido a que ésta se centra en el estudio correlacional entre el cerebro y la psique, explica la sintomatología desde la perspectiva biológica, esta teoría explica que la distimia se caracteriza por la ausencia o disminución significativa de serotonina en el cerebro. En este sentido las valoraciones médicas siempre aportan elementos importantes en el diagnóstico.

En el campo psicológico y como bien lo mencionan Gallardo, Jiménez, González y Villaseñor (2013), la distimia tiene un origen en la disfuncionalidad para afrontar situaciones estresantes, es decir la distimia puede estar asociada a las escasas estrategias de

afrontamiento ante situaciones estresoras, en este sentido se hace imprescindible la aplicación de herramientas psicológicas que permitan conocer a profundidad el estado psíquico del individuo (pensamientos, sentimientos y conductas), así tenemos: Historia Clínica, anamnesis personal y patológica, entrevista clínica, observación directa e indirecta y reactivos.

Dentro de los reactivos más relevantes, el Inventario de Depresión de Beck (2011) en su adaptación española que ha sido uno de los más utilizados en el mundo para evaluar los síntomas depresivos, según lo menciona Sanz (2013), este inventario cuenta con 21 ítems en escala de likert, los cuales están dirigidos a medir la gravedad de la depresión, siendo de gran apoyo en el diagnóstico; la Escala de Depresión de Hamilton (1986), instrumento heteroaplicado, apoyado con la entrevista u observación (Sanz, Izquierdo, & García, 2013) consta de 17 ítems que están direccionados a evaluar la intensidad de la depresión y permite hacer un seguimiento de los avances del tratamiento; el Inventario de depresión Estado-Rasgo (IDER) (2008), evalúa el grado de afectación y la frecuencia de la afectividad positiva y negativa (eutimia y distimia) de la depresión, está compuesto por 20 ítems, 10 para evaluar estado y 10 para evaluar rasgo (Agudelo, 2009); y por último, para evaluar depresión en adultos mayores, la escala abreviada de tamizaje para depresión geriátrica Yesavage (Edgay) (1982), es un instrumento muy utilizado, cuenta con 15 ítems que tienen como finalidad la exploración de sentimientos, pensamientos, actividades y actitudes relacionadas con la depresión (Salazar, y otros, 2015).

Tratamiento

De acuerdo con los signos y síntomas de la distimia, el profesional en salud mental busca un tratamiento adaptado a cada persona, un tratamiento mixto (farmacológico y psicológico) es fundamental para esta patología, debido a que juntos atiende todos los síntomas, tanto físicos como psíquicos de manera global e integrada, permitiendo alcanzar resultados positivos en el paciente, el tratamiento farmacológico ayuda a reducir esas señales físicas como el insomnio, fatiga y falta de apetito; y el tratamiento psicológico con técnicas apropiadas que permitan modificar los pensamientos pesimistas hacia sí mismo y los demás, y conductas erróneas, brindando a su vez, estrategias para lograr autonomía en el paciente.

En el tratamiento farmacológico intervienen antidepresivos que alteran las funciones químicas del cerebro, presentes en la transmisión de información entre neuronas, aumentando la neurotransmisión, y brinda un mejor funcionamiento cerebral (Omicrono, 2013); los fármacos inhibidores y antidepresivos se encargan de disminuir de forma temporal la falta de energía o el insomnio, brindándole vitalidad y excitación por las actividades, siendo este tratamiento fundamental para combatir los signos presentados en la depresión, al mismo tiempo permite un correcto desarrollo del tratamiento psicológico, como la terapia cognitiva conductual, debido a que el paciente mostrará mayor receptividad y colaboración.

Rodríguez & Vetere (2011), plantean que para la terapia cognitivo conductual existe una correlación entre pensamiento, conducta y emoción, manifiestan que están enlazados entre sí; lo que pensamos afecta nuestras emociones y por ende, accionamos de acuerdo a ello;

es por eso, que esta terapia es una de la más favorecedoras en el tratamiento de la distimia, pues el sujeto que padece la patología se encuentra con distorsiones en sus pensamientos, conductas y emociones.

CONCLUSIONES

La distimia es un tipo de depresión, menos grave pero más crónica, los síntomas se presentan de manera atenuada, pero permanecen por más tiempo; es una patología silenciosa que poco a poco va agravando la psique del paciente, afectando de manera integral el desenvolvimiento del individuo.

Los síntomas de la distimia son: ánimo pesimista, desmotivación, pérdida del placer y alegría, sin episodios de manía, hipomanía, estos síntomas no se deben presentar como consecuencia de un trastorno depresivo leve, trastorno esquizofrénico o trastorno inducido por sustancias; el paciente en los episodios de depresión manifiesta fatiga, desvalorización personal, autoconcepto deteriorado, desconcentración, incredulidad, dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, descenso o aumento de la ingesta alimentaria, incapacidad para experimentar goce en actividades placenteras, evitación social, lenguaje expresivo lento en tono y ritmo.

El tratamiento recomendado para el trastorno distímico es de carácter interdisciplinario y simultáneo, principalmente farmacológico y psicológico; el tratamiento farmacológico reduce la sintomatología física como falta de apetito, insomnio, fatiga y tristeza y el psicológico se enfoca en modificar los pensamientos erróneos y las acciones que el paciente toma frente a los mismos, brindando estrategias de afrontamiento a estímulos aversivos.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico, 5*(12), 139-160.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V).* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México, 55*(1), 74-80. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&tlng=es.

Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile, 142*(10), 1297-1305. Obtenido de https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010

Cedeño, H., Delgado, L., Morales, J., & Ormaza, M. (2017). Depresión Como Consecuencia de la Prostitución Femenina: caso Burdeles de Rocafuerte, Ecuador. *Journal of Education and Human Development, 6*(1), 82-88. Obtenido de https://doi.org/10.15640/jehd.v6n1a8

Cornejo, P. (26 de Junio de 2017). El uso del ejercicio físico como intervención enfermera en pacientes con depresión leve y moderada. Santander, Cantabria, España: Universidad de Cantabria. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11631/Cornejo%20Callejo%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología.* México: Siglo XXI Editores.

Gallardo, G., Jiménez, M., González, A., & Villaseñor, T. (2013). La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Revista Mexicana de Neurociencias, 14*(4), 215-222. Obtenido de http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/10/Nm134-07.pdf

I News. (10 de Septiembre de 2017). *E! News*. Obtenido de E! News: http://la.eonline.com/andes/enews/jim-carrey-enloquecio-y-dio-la-entrevista-mas-extrana-de-la-historia-tienes-que-verlo/

Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T., & González, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista colombiana de Psiquiatría, 42*(2), 212-218. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629187008

Lezerevich, I., Delgadillo, H., Mora, F., & Martínez, Á. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología, 17*(29), 44-57. Obtenido de http://alternativas.me/attachments/article/44/4%20Depresi%C3%B3n,%20au

Linares, I. (2016). *Cómo hablar en público, sin miedo y de una forma atractiva.* Montoviedo, Argentina: Planeta S.A.

Londoño, C., & González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta colombiana de Psicología., 19*(2), 315-329. Obtenido de http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13

Muñoz, A. (24 de Abril de 2016). *About Español*. Obtenido de About Español: https://www.aboutespanol.com/la-falta-de-confianza-como-aumentar-la-confianza-en-uno-mismo-2396274

Omicrono. (12 de Junio de 2013). *Omicrono - El Español*. Obtenido de Omicrono - El Español: http://omicrono.elespanol.com/2013/06/como-funcionan-los-antidepresivos/

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (30 de marzo de 2017). 'Depresión: hablemos', en el Día Mundial de la Salud 2017. Ginebra/Washington, Columbia, Estados Unidos. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

Otero, J., Alés, A., & Vucínovich, N. (2015). Grupos de alta para pacientes con distimia crónica: una propuesta psicoterapéutica orientada al fn de tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35*(127), 527-540. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original5.pdf

Psicólogos en Madrid E.U. (27 de Junio de 2012). *Psicologos en Madrid E.U.* Obtenido de Psicologos en Madrid E.U.: http://psicologosenmadrid.eu/aislamiento-afectivo/

Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología, 10*(1), 91-102. Obtenido de http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v10i1.3909

Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad.* Buenos Aires: Polemos.

Rosique, M., & Aparicio, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta, 39*(159-160), 17-23. Obtenido de http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2540

Salazar, A., Plata, S., Reyes, M., Gómez, P., Pardo, D., Ríos, J., . . . Pedraza, O. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un

grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana, 31*(2), 176-183. Obtenido de https://dx.doi.org/10.22379/2422402225

Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo, 34*(3), 161-168. Obtenido de http://www.redalyc.org/html/778/77828443001/

Sanz, J., Izquierdo, A., & García, M. (2013). Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 13*, 139-175. Obtenido de http://eprints.ucm.es/36446/1/11.%20Una%20revisi%C3%B3n%20desde%20la%20perspectiva%20de%20la%20validez%20de%20contenido%20de%20los%20cuestionarios%20para%20evaluar%20la%20depresi%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20en%20adultos_2.pdf

Taset, Y. (2016). Evaluación neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos en pacientes distímicos con intento de suicidio. *Revista Chilena de Neuropsicología, 11*(2), 22-27. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/1793/179348853001.pdf

Vázquez, F., & Torres, Á. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud, 18*(2), 221-246. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006#t3

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual, 8*(3), 417-449. Obtenido de http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf.