



## Tratamientos basados en la evidencia para la DISTIMIA

Autora: María Isabel Tamayo Velázquez.  
Psicóloga.  
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Fecha de creación: julio de 2008.

Actualizado por: Carmen Díaz González.  
Psicóloga Clínica.  
USMC Lucena.  
Servicio Andaluz de Salud.

Última actualización: octubre de 2011.

### Índice:

#### [A\) Resumen de la evidencia](#)

[Ha demostrado su eficacia](#)

[Antidepresivos](#)

[Psicoterapia](#)

[Combinación de antidepresivos y psicoterapia](#)

[Tratamiento comunitario domiciliario](#)

[Antipsicóticos de segunda generación](#)

#### [B\) Recomendaciones](#)

## A) Breve resumen de la evidencia

### Ha demostrado claramente su eficacia:

#### Antidepresivos:

- **Los antidepresivos resultan eficaces para el tratamiento de la distimia.**

Revisión sistemática en la que se incluyeron 29 ensayos controlados aleatorizados que comparaban fármacos y placebo para el tratamiento de la distimia.

La calidad de algunos de los informes revisados resultó bastante baja debido a la ausencia de cierta información como el diseño de los estudios o el análisis de los datos.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la MonoAmina Oxidasa (IMAOs), la sulpirida, la amineptina y la ritanserina, resultan eficaces para el tratamiento de la distimia.

Los distintos antidepresivos produjeron resultados similares, pero los antidepresivos tricíclicos tenían más probabilidad de producir efectos secundarios y abandonos.

Referencia: [Cochrane Library 2000 Issue 4:CD001130](#).

- **Diferentes antidepresivos muestran una eficacia similar en la distimia.**

Revisión sistemática en la que se incluyeron 14 ensayos aleatorizados y cuasi-aleatorizados. Los ensayos comparaban dos o más tratamientos farmacológicos para la distimia.

A pesar de que presentan diferentes perfiles de efectos secundarios, todos los fármacos estudiados promueven respuestas clínicas similares.

Las pruebas para los ATC y los ISRS son las más sólidas, dado el número de ensayos y participantes.

Referencia: [Cochrane Library 2003 Issue 3:CD004047](#).

- **Los antidepresivos parecen beneficiosos para el tratamiento de la distimia.**

Estudio multicéntrico, doble ciego y controlado, en el que participaron 416 pacientes diagnosticados de distimia de comienzo temprano (DSM-III-R) con una duración de al menos 5 años sin depresión mayor concurrente.

Los participantes fueron aleatorizados a 12 semanas de terapia de fase aguda con sertralina, imipramina o placebo.

La sertralina y la imipramina resultaron significativamente mejores que el placebo en cuanto a la mejora del funcionamiento psicosocial.

Debido a los efectos secundarios, la imipramina fue abandonada por un número significativamente mayor de pacientes (18.4%) que la sertralina (6.0%).

Referencia: [Am J Psychiatry 1997 Mar;154\(3\):390.](#)

- **La FDA sugiere un grado de recomendación D para el uso de la paroxetina durante el embarazo.**

Dos estudios sugieren que el riesgo de padecer defectos cardíacos congénitos se incrementa en aquellos niños cuyas madres han tomado paroxetina durante los 3 primeros meses de embarazo.

Referencia: [FDA Press Release 2005 Dec 8.](#)

- **La paroxetina se asocia a una reducción de los síntomas depresivos en personas mayores.**

Ensayo controlado aleatorizado para comparar la efectividad de la farmacoterapia y de la psicoterapia en 415 pacientes de atención primaria con una edad media de 71 años, con depresión menor o distimia y con una puntuación en la escala de Hamilton de 10 como mínimo.

Los pacientes fueron aleatorizados a recibir paroxetina, (comenzando con 10 mg/día y llegando a una dosis máxima de 40mg/día) vs. placebo vs. psicoterapia (entrenamiento en resolución de problemas en atención primaria).

Los grupos de placebo y paroxetina recibían seis visitas durante 11 semanas que incluían apoyo general y control de los síntomas y efectos secundarios de la medicación, mientras que en el tercer grupo las visitas consistían en tratamiento psicoterapéutico.

El grupo tratado con paroxetina mostró una mayor resolución de los síntomas comparado con el grupo placebo. Los pacientes tratados con psicoterapia no evidenciaron una mejoría superior a aquellos del grupo placebo, sin embargo sus síntomas mejoraron más rápidamente durante las últimas semanas de tratamiento que en el grupo placebo.

En los pacientes con distimia la paroxetina mejoró el funcionamiento mental en comparación al grupo placebo en los pacientes que presentaban un funcionamiento intermedio o alto en la línea base.

La psicoterapia y la paroxetina dieron lugar a una mejora en el funcionamiento mental en los pacientes que presentaban un nivel de funcionamiento bajo en la línea base.

Referencia: [JAMA 2000 Sep 27;284\(12\):1519.](#)

- **Tanto la paroxetina como el entrenamiento en resolución de problemas se asocian a una reducción de los síntomas depresivos.**

Ensayo controlado aleatorizado en el que participaron 241 pacientes de atención primaria de entre 18 y 59 años con depresión menor o distimia.

Los pacientes fueron aleatorizados a recibir paroxetina (comenzando con 10 mg./día y llegando a una dosis máxima de 40mg./día) vs. placebo vs entrenamiento en resolución de problemas en atención primaria.

Todas las condiciones de tratamiento mostraron una disminución significativa de los síntomas de depresión durante el período de 11 semanas.

La tasa de remisión de la distimia resultó significativamente más alta con paroxetina (80%) y psicoterapia para resolución de problemas (57%) que en el grupo placebo (40%).

Referencia: [J Fam Pract 2001 May;50\(5\):405.](#)

#### **Psicoterapia:**

- **Revisión sistemática incluye los ensayos controlados aleatorizados de psicoterapia para encontrar aquellos con apoyo empírico respecto a la reducción de los síntomas agudos y la prevención de recaídas y recurrencias posteriores en los diferentes trastornos del humor.**

Incluyen 125 estudios que evalúan la eficacia del tratamiento en los diferentes trastornos del humor.

Encuentran que la Psicoterapia Interpersonal (IPT) es posiblemente eficaz en el tratamiento del trastorno distímico.

Referencia: Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety*. 2010 Oct;27(10):891-932.

#### **Combinación de antidepresivos y psicoterapia:**

- **La combinación de nefazodona y psicoterapia resulta más efectiva que el uso exclusivo de uno de estos tratamientos en pacientes con formas crónicas de depresión mayor.**

Referencia: [N Engl J Med 2000 May 18;342\(20\):1462.](#)

- **Los antidepresivos pueden resultar eficaces para aquellos pacientes que no responden a la psicoterapia, y la psicoterapia puede resultar efectiva para los pacientes que no responden a los antidepresivos.**

Estudio cruzado en el que participaron 140 pacientes con trastorno depresivo mayor crónico y una edad media de 43 años.

Se compararon las respuestas de los pacientes que no respondían al tratamiento a las 12 semanas con nefazodona (100-600 mg) o con psicoterapia cognitivo-conductual (dos veces por semana durante 4 semanas y 1 vez a la semana durante 8 semanas), posteriormente los pacientes fueron cruzados con el tratamiento alternativo.

Los resultados mostraron que el intercambio de antidepresivos a psicoterapia o viceversa, resulta beneficioso para aquellos pacientes que no responden al tratamiento inicial.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2005 May;62\(5\):513.](#)

- **Las creencias de los pacientes afectan la respuesta a la paroxetina.**

Ensayo controlado aleatorizado en el que participaron 333 pacientes de atención primaria con distimia o depresión menor. Los pacientes recibieron durante al menos 4 semanas, paroxetina vs. placebo.

Aquellos pacientes que no creían que su condición fuera algo biológico, y con una edad menor a 60 años, tenían más probabilidad de alcanzar una remisión con paroxetina.

Sin embargo, las creencias de los pacientes no predicen la adherencia a la paroxetina ni al placebo, ni la tasa de remisión con el placebo.

Los pacientes con distimia o depresión menor tienen más probabilidad de responder a los antidepresivos si no ven su depresión como una enfermedad biológica y se ven a sí mismos como personas sanas.

Referencia: [J Am Board Fam Pract 2003 Jan-Feb;16\(1\):22.](#)

- **Revisión sistemática que evalúa los efectos de añadir psicoterapia al tratamiento farmacológico en adultos con trastornos depresivos (depresión mayor, distimia)**

Veinticinco estudios (n = 2036, de 20 a 453, la mayoría de los estudios tenía menos de 50 pacientes) fueron incluidos en la revisión. Los tratamientos psicológicos variaron, incluyendo Terapia Cognitivo-conductual (CBT), Entrenamiento en habilidades sociales, Psicoterapia Interpersonal, Psicoterapia Psicoanalítica, Terapia Dialéctica Conductual, Terapia Racional-Emotiva, Terapia de Resolución de Problemas y un Programa de Iniciación al Tratamiento.

Encontraron un pequeño efecto a favor del grupo de tratamiento combinado en comparación con el grupo que recibió tratamiento farmacológico solo (ES 0.31, IC 95%: 0,20 a 0,43, NNT = 5,75; 25

estudios). El tamaño del efecto fue comparable en los estudios que utilizaron la Escala de evaluación para la Depresión de Hamilton (HDRS) y el Inventario depresión de Beck (BDI).

Los autores concluyen que la psicoterapia parece tener un valor adicional comparado con el tratamiento farmacológico sólo en el tratamiento de los trastornos depresivos (depresión mayor, distimia).

Referencia: Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009 70(9):1219-1229. En Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2010.

- **Meta-análisis examina los efectos de la psicoterapia en depresión crónica y distimia.**

Encuentran que la psicoterapia tiene un efecto pequeño pero significativo ( $d = 0,23$ , IC 95%: 0,06 a 0,41; ocho estudios) sobre la depresión en comparación con los grupos de control, sin heterogeneidad significativa y un número necesario a tratar de 7.7. La psicoterapia es significativamente menos eficaz que la farmacoterapia en comparaciones directas ( $d = -0,31$ , IC 95%: -0,53 a -0,09, NNT = 5.8; 10 estudios). La heterogeneidad de esta comparación fue de moderada a alta.

En los análisis de subgrupos, el beneficio de la farmacoterapia parece limitarse a la liberación de inhibidores selectivos de serotonina (ISRS) en lugar de los antidepresivos tricíclicos (TCA) ( $d = -0,47$ , IC 95%: -0.75, -0.18), hallazgo que se limitaba a los participantes con distimia. Cuando la farmacoterapia solo se comparó con el tratamiento combinado (farmacoterapia más psicoterapia), se produjo una fuerte tendencia a favor del tratamiento combinado ( $d = 0,23$ , IC 95%: -0,01 a -0,47, NNT = 7.7; nueve estudios), con heterogeneidad moderada. El tratamiento combinado fue significativamente más efectiva que la psicoterapia sola ( $d = 0.45$ , 95% IC: 0,2 a 0,7, NNT = 4; cuatro estudios), con heterogeneidad moderada.

Este estudio concluyó que la psicoterapia es eficaz en el tratamiento de la depresión crónica y la distimia, pero probablemente no fue tan eficaz como la farmacoterapia (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en particular).

La psicoterapia y la farmacoterapia combinada fueron más efectivas que cualquier tratamiento por separado.

Referencia: Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2009 30(1):51-62. En Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2010.

### **Tratamiento comunitario domiciliario:**

- **El tratamiento comunitario domiciliario reduce la depresión menor en ancianos con enfermedades médicas crónicas.**

Ensayo controlado aleatorizado para determinar la efectividad de un programa domiciliario en la detección y manejo de la depresión menor o distimia entre personas mayores. En el estudio participaron 138 pacientes con una edad de 60 o más años y con depresión menor o distimia.

Los participantes fueron aleatoriamente asignados al programa PEARLS (intervención que consiste en la resolución de problemas, la activación física y social, y recomendaciones a los médicos sobre la medicación antidepressiva) o a recibir atención habitual.

A los 12 meses de estudio, los resultados mostraron que los pacientes que recibieron el programa PEARLS tenían más probabilidad de obtener al menos un 50 % de reducción de síntomas depresivos, de alcanzar una completa remisión de la depresión y de obtener mayores mejorías de salud relacionadas con la calidad de vida.

Referencia: [JAMA 2004 Apr 7;291\(13\):1569.](#)

### **Antipsicóticos de segunda generación:**

- **Revisión sistemática que evalúa los efectos de los fármacos antipsicóticos de segunda generación (solos o como complemento) comparados con el placebo o los antidepressivos para los pacientes con Trastorno Depresión Mayor o Distimia.**

Se incluyeron 28 ensayos con 8487 participantes que recibieron cinco antipsicóticos de segunda generación: amisulprida, aripiprazol, olanzapina, quetiapina y risperidona.

Concluyen que la quetiapina fue más efectiva que el tratamiento con placebo. El complemento con aripiprazol y quetiapina y en parte también con olanzapina y risperidona mostró efectos beneficiosos en comparación con el placebo. Algunas pruebas indicaron efectos beneficiosos de la amisulprida en dosis baja para los pacientes distímicos. La mayoría de los antipsicóticos de segunda generación mostró una tolerabilidad más deficiente.

Referencia: Komossa K, Depping A, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S. Fármacos antipsicóticos de segunda generación para el trastorno depresivo mayor y la distimia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 12. Art. No.: CD008121. DOI: 10.1002/14651858.CD008121.

**B) Recomendaciones según la guía: "Identificación de Trastornos Mentales Comunes y Manejo de la Depresión en Atención Primaria". (New Zealand Guidelines Group, 2008).**

**RECONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN JÓVENES:**

**Recomendaciones:**

**C** - Cualquier joven con un intento suicida serio, síntomas psicóticos o abandono grave de sí mismo debería ser derivado inmediatamente a los servicios de atención especializada de salud mental.

**C** - Cualquier joven con depresión severa debería ser derivado urgentemente a los servicios de atención especializada de salud mental.

**C** - Cada entrevista con un joven en atención primaria debería considerarse como una oportunidad para evaluar su bienestar tanto físico como psicosocial. Deberían tenerse en cuenta tanto los puntos fuertes como las dificultades de la persona.

**C** - Debería evaluarse de forma rutinaria el bienestar psicosocial de los adolescentes, utilizando un formato estandarizado.

**C** - A los adolescentes atendidos en atención primaria se les debería ofrecer de forma rutinaria un espacio individual con su médico.

**C** - Se pueden usar algunas herramientas breves como ayudas opcionales a la evaluación clínica del médico.

**Puntos de Buena Práctica Clínica:**

Cualquier joven con sospecha de trastorno bipolar debería ser derivado urgentemente a los servicios de atención especializada de salud mental.

Los médicos implicados en la evaluación de jóvenes con trastornos mentales deberían esforzarse en construir una relación de apoyo y colaboración con el joven y su familia.

Los médicos deberían discutir con el joven su derecho a la confidencialidad, y las excepciones a esta confidencialidad.

En chicos jóvenes, se debería utilizar un formato estandarizado para una evaluación rutinaria del bienestar psicológico.

Los médicos deberían ser conscientes de la identidad cultural y las preferencias en atención sanitaria de los jóvenes.



Los chicos tienden a proporcionar información diferente a la de sus padres, por lo que resulta de ayuda obtener información de ambas fuentes.

## **RECONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN ADULTOS:**

### **Recomendaciones:**

**C** - Cualquier adulto con un intento suicida serio, síntomas psicóticos o abandono de sí mismo grave o persistente debería ser derivado inmediatamente a los servicios de atención especializada de salud mental.

**C** - Una exploración dirigida de trastornos mentales comunes está indicada para cualquier adulto que no sea conocido por el médico, y también para:

- Personas con enfermedades crónicas, una historia de trastorno mental o intento suicida, síntomas múltiples o una pérdida significativa reciente
- Otros grupos de alta prevalencia, y ancianos en recursos residenciales
- Mujeres en el período prenatal y postnatal.

**B** - Una exploración dirigida para depresión y ansiedad debería incluir el uso de herramientas de exploración verbal de 2-3 preguntas.

**B** - Los médicos deberían considerar el uso de una herramienta como la PHQ-9 para evaluar la severidad de la depresión.

### **Puntos de Buena Práctica Clínica:**

Cualquier adulto con sospecha de trastorno bipolar de comienzo reciente debería ser derivado urgentemente a los servicios de atención especializada de salud mental.

Cada entrevista con un adulto en atención primaria debería considerarse como una oportunidad para evaluar su bienestar tanto físico como psicosocial. Deberían tenerse en cuenta tanto los puntos fuertes como las dificultades de la persona.

El médico debería esforzarse por establecer y mantener una buena relación terapéutica con el paciente, ya que esto aumenta la probabilidad de que los trastornos mentales sean identificados.

Una exploración dirigida al abuso de sustancias debería incluir una exploración verbal de 2-3 preguntas.

La exploración dirigida debería llevarse a cabo anualmente.

Al evaluar la severidad de la depresión en el adulto y planificar su manejo, los médicos deberían considerar la severidad de los síntomas, la persistencia de éstos, el deterioro funcional, la respuesta a cualquier intervención previa y

también el contexto psicosocial más amplio, identificando los factores que podrían tener un impacto positivo o negativo en el resultado.

Los médicos deberían ser conscientes de la identidad cultural y las preferencias en atención sanitaria de las personas.

### **PREGUNTAS EXPLORATORIAS:**

Preguntas exploratorias de depresión:

- ¿Durante el pasado mes, te has sentido a menudo preocupado por sentirte bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado?
- ¿Durante el pasado mes, te has sentido a menudo preocupado por un escaso interés o placer al hacer cosas?
- Si la respuesta es Sí a una de estas preguntas, preguntar ¿Te gustaría ayuda en este tema?

Preguntas exploratorias de ansiedad:

- ¿Durante el pasado mes, has estado preocupándote mucho por problemas cotidianos?
- Si la respuesta es Sí, preguntar ¿Te gustaría ayuda en este tema?

Preguntas exploratorias de problemas de alcohol y drogas:

- ¿Has consumido drogas o bebido más de lo que te gustaría en el pasado año?
- ¿Has sentido que te gustaría reducir tu consumo de alcohol o drogas en el pasado año?
- Si la respuesta es Sí, preguntar ¿Te gustaría ayuda en este tema?

### **Acciones posteriores:**

Una respuesta positiva a una de las preguntas exploratorias detecta la mayoría de los casos del trastorno relevante.

Si una persona responde positivamente a una pregunta exploratoria y afirma que desea ayuda para afrontar este problema, se recomienda que el médico continúe con la evaluación clínica, dé una cita para una nueva consulta o derive a la persona, si lo considera adecuado.

**Gradación de las recomendaciones** (los grados indican la fuerza de la evidencia de apoyo, más que la importancia de la evidencia):

**A** - La recomendación está apoyada por evidencia fuerte (basada en un número de estudios que son válidos, consistentes, aplicables y clínicamente relevantes).

**B** - La recomendación está apoyada por evidencia aceptable (basada en estudios que son válidos, pero existe alguna preocupación acerca del volumen, consistencia, aplicabilidad y relevancia clínica de la evidencia que puede causar alguna incertidumbre, pero no es probable que sea anulada por otra evidencia).

**C** - La recomendación está apoyada por opiniones de expertos internacionales.