



Psicoevidencias

 psicoevidencias.es

 twitter.com/psicoevidencias

 facebook.com/psicoevidencias

Tratamientos basados en la evidencia para la DISTIMIA

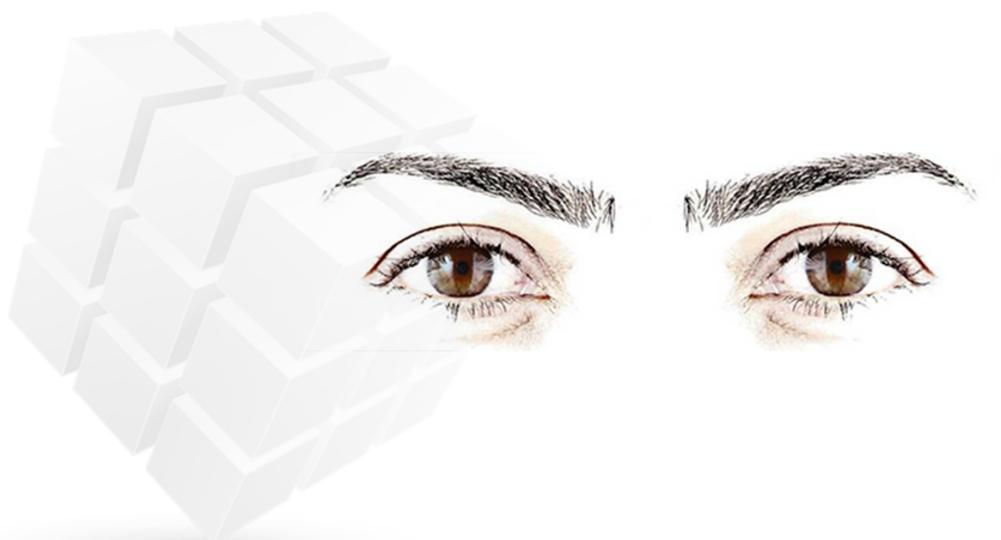
Pablo Cano Domínguez¹
Clara Fernández Burraco¹
Alfonso Fernández Gálvez¹
Alba González Hevilla¹
Antonio Olry de Labry Lima^{2,3}

¹ Servicio Andaluz de Salud.

² Escuela Andaluza de Salud Pública.

³ CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Febrero 2020. Boletín Psicoevidencias nº 55. ISSN 2254-4046



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD



Contenido

Resumen	1
Con potencial para ser efectivo	2
Intervenciones farmacológicas	2
Intervenciones psicoterapéuticas	7
Se requiere más investigación	10
Otras intervenciones	10
No ha demostrado efectividad	12
Intervenciones farmacológicas	12
Otros artículos de interés	13
Epidemiología	13
Estrategia de búsqueda	14



Resumen

Es difícil seguir la pista en la literatura científica a una entidad con ubicación nosológica tan difusa, cuyo nombre incluso ha sufrido tantos cambios hasta nuestros días. La **distimia** es un trastorno depresivo de baja intensidad, pero crónico y prevalente. Se sintetiza a continuación lo esencial del resumen.

Existen evidencias que nos proponen como buenas opciones de tratamiento la monitorización activa, el «*counselling*» grupal inespecífico o las actividades de autoayuda guiadas por internet (estas últimas, con orientación terapéutica, pueden mantener el efecto 6 meses).

Las intervenciones grupales (TCC) en mayores tienen un efecto significativo sobre la sintomatología que, sin embargo, no se mantiene ni parece reducir el riesgo de aparición de un trastorno depresivo mayor.

Estudios apuntan que la psicoterapia combinada con fármacos puede tener un valor adicional respecto a la farmacoterapia sin psicoterapia, pero en todo caso menor en distimia que en trastorno depresivo mayor. Algunos han encontrado escasas diferencias en el tamaño del efecto entre las psicoterapias y los fármacos, por lo que la decisión se debería tomar por otros factores (contraindicaciones o preferencias del paciente, por ejemplo).

Respecto a los antidepresivos, solo sería razonable considerarlos en situaciones especiales, como ideas o intentos de suicidio previos, historia familiar de trastornos afectivos o episodios depresivos mayores previos, según algunas evidencias.

En relación con placebo tanto ISRS como ATC obtienen mejor tasa de respuesta, pero igual tasa de abandono. Ambos tienen la misma respuesta, pero menos abandonos los ISRS. Han demostrado ser más eficaces que placebo fluoxetina, paroxetina, sertralina, moclobemida, imipramina, ritanserina, amisulpride y acetil-carnitina; mientras moclobemida y amisulpride, además han demostrado serlo frente a fluoxetina.

Dado que la respuesta clínica se puede considerar similar, la decisión se puede tomar teniendo en cuenta el perfil de efectos secundarios.

Existe alguna evidencia a favor de antipsicóticos (especialmente amisulpride a dosis bajas) mientras que la testosterona ha demostrado un efecto significativo en menores de 60 años.



Con potencial para ser efectivo

Intervenciones farmacológicas

Antipsicóticos de segunda generación en trastorno depresivo mayor y distimia

ANTECEDENTES: el trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad frecuente con una prevalencia a lo largo de la vida del 15% al 18% que acarrea considerables sufrimiento y discapacidad. Se ha dicho que algunos antipsicóticos inducen a la remisión en depresión mayor cuando se añaden a un antidepresivo.

OBJETIVOS: evaluar los efectos de los antipsicóticos de segunda generación (ASG) (solos o como potenciadores) comparados con placebo o con antidepresivos para personas con TDM o distimia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: se buscó en los registros de ensayos del grupo de depresión, ansiedad y neurosis de la Cochrane (CCDANCTR-Studies y CCDANCTR-References) hasta el 21 de Julio de 2010. El equipo del autor hizo búsquedas complementarias en «clinicaltrials.gov» y contactó con investigadores clave y compañías farmacéuticas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: incluimos todos los ensayos aleatorizados doble-ciego que comparasen ASG (solos o como potenciadores) con otras formas de tratamiento farmacológico o placebo en personas con TDM o distimia.

OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS: se extrajeron los datos de forma independiente. Para los datos dicotómicos se calcularon la odds ratio (OR) y el intervalo de confianza (IC) del 95% por intención de tratar, y para los datos continuos, la diferencia de medias (DM) basada en un modelo de efectos aleatorios. Presentamos cada comparación separadamente, no se llevó a cabo un análisis de datos agrupados.

RESULTADOS PRINCIPALES: se incluyeron 28 ensayos con 8.487 participantes sobre cinco ASG: amisulpride, aripiprazol, olanzapina, quetiapina y risperidona.

Tres estudios (1.092 participantes) aportaron datos sobre la potenciación con aripiprazol en TDM. Todos los datos de eficacia (respuesta n=1.092, tres ECAs, OR 0,48; 95% IC 0,37 a 0,63), (MADRS n=1.077, tres ECAs, DM -3,04; 95% IC -4,09 a -2) indicaron una ventaja para aripiprazol, pero más efectos secundarios (ganancia de peso y SEP).

Siete ensayos (1.754 participantes) informaron sobre olanzapina. Comparada con placebo menos personas interrumpieron el tratamiento debido a ineficacia; comparado con antidepresivos no hubo diferencias de eficacia, la potenciación con olanzapina mostró reducción de síntomas (MADRS n=808, cinco ECAs, MD -2,84; 95% IC -5,48 a -0,20), pero también más incremento de peso o prolactina.

Los datos de quetiapina se basaron en siete ensayos (3.414 participantes). Comparada con placebo, la monoterapia con quetiapina (respuesta n=1.342, tres ECAs, OR 0,52; 95% IC 0,41 a 0,66) y la potenciación con quetiapina (respuesta n=937, dos ECAs, OR 0,68; 95% IC 0,52 a 0,90) mostraron reducción de síntomas, pero la quetiapina indujo más sedación.

Cuatro ensayos (637 participantes) presentaron datos sobre potenciación con risperidona. Los datos de respuesta fueron mejores para risperidona (n=371, dos ECAs, OR 0,57; 95% IC 0,36 a 0,89) pero la potenciación mostró un mayor incremento de prolactina y ganancia de peso.

Cinco estudios (1.313 participantes) presentaron datos sobre amisulpride para distimia. Hubo algunos efectos beneficiosos comparado con placebo o antidepresivos pero la tolerabilidad fue peor.



CONCLUSIONES DE LOS AUTORES: quetiapina fue más efectiva que el tratamiento con placebo. La potenciación con aripiprazol, quetiapina y, parcialmente, con olanzapina y risperidona mostraron efectos beneficiosos comparados con placebo. Algunas evidencias indicaron efectos beneficiosos de amisulpride a dosis bajas para las personas distímicas. La mayoría de los ASG mostraron peor tolerabilidad.

REFERENCIA: Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S. Antipsicóticos de segunda generación para el trastorno depresivo mayor y la distimia. Cochrane database Syst Rev. 2010;(12):CD008121–CD008121.

Revisión sobre la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión crónica

INTRODUCCIÓN: la depresión crónica representa una parte sustancial de los trastornos depresivos y se asocia con consecuencias graves. Esta revisión examina la eficacia y la aceptabilidad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (ATC) en el tratamiento de la depresión crónica. Además, se examinó la efectividad comparativa de los dos tipos de antidepresivos.

MÉTODOS: se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, ISI Web of Science, BIOSIS, PsycINFO y CINAHL. La medida de resultado de eficacia principal fue la respuesta al tratamiento, mientras que la medida principal de aceptación fue abandonar el estudio. Solo se consideraron los ensayos controlados aleatorios.

RESULTADOS: se identificaron 20 estudios con 22 comparaciones relevantes, de ellos 19 estudios se centraron en muestras con una mayoría de pacientes distímicos. Al compararse con placebo, tanto los SSRI como los TCA son eficaces en términos de tasas de respuesta (relación de beneficio [BR]= 1,49; $p < 0,001$ para los SSRI y BR = 1,74; $p < 0,001$ para los TCA). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los fármacos activos y el placebo en términos de tasas de abandono. No se encontraron diferencias en la efectividad entre los SSRI y los TCA en términos de tasas de respuesta (BR= 1,01; $p = 0,91$), sin embargo, los SSRI mostraron una mejor aceptación estadísticamente en términos de tasas de abandono que los TCA (Odds Ratio [OR]= 0,41; $p = 0,02$).

LIMITACIONES: la calidad metodológica de los estudios fue evaluada como poco clara en muchos casos y se necesitan más pruebas para evaluar la eficacia de los ISRS y los TCA en pacientes que sufren de formas crónicas de depresión distintas de la distimia.

CONCLUSIONES: esta revisión sistemática evidencia de la eficacia de los SSRI y los TCA en el tratamiento de la depresión crónica y mostró una mejor aceptabilidad de los SSRI.

REFERENCIA: von Wolff A, Holzel LP, Westphal A, Harter M, Kriston L. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2013;144(1–2):7–15.

Efecto del tratamiento con testosterona sobre el estado de ánimo

En la última década, ha habido una oleada de nuevos ensayos clínicos que estudian el impacto de la testosterona exógena en el estado de ánimo. Los resultados de estos estudios han sido inconsistentes.

MÉTODO: se realizó un metanálisis de ensayos clínicos controlados que utilizan escalas de depresión.

RESULTADOS: dieciséis ensayos con un total de 944 sujetos cumplieron con los criterios de selección. El metanálisis de los datos mostró un impacto positivo significativo de la testosterona en el estado de



ánimo ($z = 4,592$; $p < 0,0001$). El análisis de subgrupos mostró un tamaño del efecto significativo de 5,279 ($p < 0,0001$) en los ensayos con una edad media de < 60 años. Sin embargo, el tamaño del efecto no fue estadísticamente significativo en aquellos ensayos con una edad media de > 60 años. El tamaño del efecto en hombres hipogonadales fue de 4,192 ($p < 0,0001$), mientras que el resultado no fue estadísticamente significativo en hombres eugonadales. Además, el tamaño del efecto fue mayor en la depresión por debajo del umbral en comparación con la depresión mayor. La testosterona oral en comparación con la dehidroepiandrosterona oral, el gel de testosterona y la testosterona intramuscular no mostraron un resultado significativo.

CONCLUSIONES: la testosterona se puede usar como monoterapia en la distimia y la depresión menor o como un tratamiento adicional, en hombres de edad media, hipogonadales, con depresión mayor.

REFERENCIA: Amanatkar HR, Chibnall JT, Seo B-W, Manepalli JN, Grossberg GT. Impact of exogenous testosterone on mood: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Ann Clin Psychiatry*. 2014;26(1):19–32.

Comparación de la farmacoterapia vs farmacoterapia con psicoterapia en trastornos depresivos

OBJETIVO: un número considerable de estudios ha examinado si agregar psicoterapia a la farmacoterapia produce mayores efectos que la farmacoterapia. Sin embargo, los metanálisis anteriores han incluido solo un número limitado de estudios disponibles y no realizaron análisis de subgrupos para examinar posibles fuentes de heterogeneidad.

FUENTES DE DATOS: utilizamos una base de datos derivada de una búsqueda bibliográfica exhaustiva en PubMed, PsycINFO, EMBASE y el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados para estudios publicados desde 1966 hasta enero de 2008 que examinaron el tratamiento psicológico de la depresión.

SELECCIÓN DE ESTUDIO: se incluyeron ensayos aleatorios en los que se compararon los efectos de un tratamiento farmacológico con los efectos de un tratamiento farmacológico y psicológico combinado en adultos con trastorno depresivo. Para cada uno de los estudios, se calculó un tamaño de efecto promedio estandarizado que indica la diferencia entre la farmacoterapia y el tratamiento combinado en la prueba posterior. También codificamos las principales características de la población, las intervenciones y la calidad y el diseño del estudio.

SÍNTESIS DE DATOS: se incluyeron veinticinco ensayos aleatorios, con un total de 2.036 pacientes. Se encontró un tamaño de efecto medio de $d = 0,31$ (IC del 95%, 0,20 aproximadamente 0,43) para los 25 estudios incluidos, lo que indica un pequeño efecto del tratamiento combinado con respecto a la farmacoterapia. Los estudios dirigidos a pacientes con distimia dieron como resultado, tamaños de efectos significativamente menores en comparación con los estudios dirigidos a pacientes con depresión mayor, un hallazgo que sugiere que el valor agregado de la psicoterapia es menor en los pacientes con distimia. La tasa de abandono fue significativamente menor en el grupo de tratamiento combinado en comparación con el grupo de farmacoterapia (OR = 0,65; IC del 95%, 0,50 aproximadamente 0,83).

CONCLUSIONES: la psicoterapia para la depresión parece tener un valor adicional en comparación con la farmacoterapia sin psicoterapia.

REFERENCIA: Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(9):1219–29.



Evidencia sobre los tratamientos del trastorno depresivo persistente

ANTECEDENTES: el objetivo de este estudio fue sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia relativa y la aceptabilidad de los tratamientos específicos para el trastorno depresivo persistente.

MÉTODOS: se realizaron búsquedas en diversas bases de datos, hasta enero de 2013, y se incluyeron ensayos clínicos aleatorios controlados que comparaban, entre sí y frente a placebo, el tratamiento, en fase aguda, farmacológico, psicoterapéutico e intervenciones combinadas. Las medidas de resultado fueron la proporción de pacientes que respondieron (eficacia) o abandonaron (aceptabilidad) el tratamiento asignado. La síntesis de la información se realizó mediante metanálisis en red.

RESULTADOS: se incluyeron datos de 5.806 y 5.348 pacientes sobre la eficacia y la aceptabilidad (respectivamente), procedentes de una red de 45 ensayos que compararon un total de 28 medicamentos. Asimismo, se incluyeron datos de 2.657 y 2.719 pacientes sobre la eficacia y la aceptabilidad (respectivamente), procedentes de una segunda red de 15 ensayos que compararon 5 tratamientos psicoterapéuticos y 5 intervenciones combinadas. Entre los tratamientos debidamente sometidos a ensayo, la fluoxetina (odds ratio (OR) 2,94), la paroxetina (3,79), la sertralina (4,47), la moclobemida (6,98), la imipramina (4,53), la ritanserina (2,35), la amisulprida (5,63), y la acetil-L-carnitina (5,67) fueron significativamente más eficaces que el placebo. La comparación por pares mostró ventajas de la moclobemida (2,38) y la amisulprida (1,92) frente a la fluoxetina. La sertralina (0,57) y la amisulprida (0,53) mostraron una tasa de abandono más baja que la imipramina. La psicoterapia interpersonal combinada con medicación superó a la medicación sola en la depresión mayor crónica, pero no en la distimia. La evidencia disponible sobre el uso del sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia combinado con medicación no fue del todo concluyente. La psicoterapia interpersonal fue menos eficaz que la medicación (0,48) y que el sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia (0,45). Otros tratamientos fueron asimismo evaluados en estudios individuales.

CONCLUSIONES: existen diversos tratamientos, en fase aguda, farmacológicos, psicoterapéuticos, y combinados, basados en la evidencia, para el trastorno depresivo persistente, con diferencias significativas entre ellos.

REFERENCIA: Kriston L, von Wolff A, Westphal A, Holzel LP, Harter M. Eficacia y aceptabilidad de los tratamientos para el trastorno depresivo persistente: metanálisis. *Depresión y ansiedad*. 2014;31(8):621–30.

Guía para el tratamiento farmacológico

DESCRIPCIÓN: el Colegio Americano de Médicos (*American College of Physicians*) elaboró esta guía para presentar la evidencia disponible en el tratamiento farmacológico de las fases aguda, de continuación y de mantenimiento del trastorno depresivo mayor; distimia; depresión subsindromal; y síntomas asociados como la ansiedad, el insomnio o síntomas neurovegetativos, mediante el uso de antidepresivos de segunda generación.

MÉTODOS: se identificaron publicaciones pertinentes, de 1980 a abril de 2007, a través de MEDLINE, EMBASE, PsychLit, el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados y la International Pharmaceutical Abstracts. Se limitó la búsqueda a estudios en inglés, en adultos mayores de 19 años. Las palabras clave para la búsqueda incluyeron los términos para los trastornos depresivos y 12 antidepresivos específicos de segunda generación: bupropión, citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, nefazodona, paroxetina, sertralina, trazodona y venlafaxina, así



como sus nombres comerciales específicos. Esta guía clasifica la evidencia y las recomendaciones de uso mediante el sistema de clasificación de guías de práctica clínica del Colegio Americano de Médicos.

RECOMENDACIÓN 1: se recomienda, cuando el médico opte por la terapia farmacológica para el tratamiento de pacientes con depresión mayor aguda, seleccionar antidepresivos de segunda generación en base a su perfil de efectos adversos, coste y preferencias del paciente (grado: recomendación fuerte; calidad de la evidencia moderada).

RECOMENDACIÓN 2: se recomienda que sea evaluado regularmente, por parte del médico, el estado del paciente, la respuesta terapéutica y los efectos adversos de la terapia antidepresiva, comenzando a la semana o dos de iniciación de la terapia (grado: recomendación fuerte; calidad de la evidencia moderada).

RECOMENDACIÓN 3: se recomienda modificación del tratamiento, por parte del médico, si el paciente no presenta respuesta adecuada a la farmacoterapia dentro de las 6 a 8 semanas del inicio del tratamiento del trastorno depresivo mayor (grado: recomendación fuerte; evidencia de la calidad moderada).

RECOMENDACIÓN 4: se recomienda continuar el tratamiento durante 4 a 9 meses en caso de respuesta satisfactoria en pacientes con un primer episodio de trastorno depresivo mayor. Una mayor duración de la terapia podría resultar beneficiosa en pacientes que hayan tenido 2 o más episodios de depresión (grado de recomendación: fuerte; calidad de la evidencia moderada).

REFERENCIA: Qaseem A, Snow V, Denberg TD, Forcica MA, Owens DK, Physicians CEAS of AC of. El uso de antidepresivos de segunda generación para el tratamiento de trastornos depresivos: una guía de práctica clínica del Colegio Americano de Médicos. *Ann Intern Med.* 2008;149(10):725-33.

Los efectos secundarios son clave para la elección del fármaco

ANTECEDENTES: se han propuesto muchas opciones farmacológicas como tratamiento para la distimia. Sin embargo, dado que existen tantas comparaciones potenciales, no es posible determinar en la actualidad cuál es el tratamiento de elección. Se precisa conocer si las diferentes clases de antidepresivos presentan un perfil de eficacia similar. Además, la tolerabilidad de los tratamientos podría ser un factor todavía más importante, teniendo en cuenta que la distimia es una afección crónica que se caracteriza por presentar síntomas menos graves que la depresión mayor.

OBJETIVOS: realizar una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos controlados aleatorios que comparen dos o más tratamientos farmacológicos activos para la distimia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: búsquedas electrónicas en la biblioteca Cochrane, EMBASE, MEDLINE, PsychLit y LILACS, Biological Abstracts, búsqueda de referencias, comunicación personal; ensayos no publicados de la industria farmacéutica.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: se incluyeron únicamente ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios, que comparaban al menos dos opciones farmacológicas activas para el tratamiento de la distimia. Los criterios de exclusión fueron: estudios no aleatorios, estudios de pacientes con combinación de depresión mayor/distimia y estudios sobre depresión/distimia asociados a otros trastornos (p.ej. abuso de sustancias).

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS: los revisores extrajeron los datos de forma independiente y se estimaron los odds ratios, la diferencia de medias ponderada y el número necesario a tratar. Se asumió que las personas fallecidas o las que abandonaron el estudio no presentaron mejorías y se evaluó la sensibilidad de los resultados finales en base a esta presunción. Un total de 14 ensayos cumplieron los requisitos de elegibilidad para su inclusión en esta revisión. A pesar de que presentan diferentes



perfiles de efectos secundarios, todos los fármacos estudiados promueven respuestas clínicas similares. La evidencia para los ATC y los ISRS es la más sólida, dado el número de ensayos y participantes.

CONCLUSIONES DEL AUTOR: la conclusión es que la elección del fármaco debe realizarse teniendo en cuenta el perfil de efectos secundarios del medicamento.

REFERENCIA: Silva de Lima M, Hotopf M. Comparativa farmacológica para el tratamiento de la distimia. Cochrane database Syst Rev. 2003;(3):CD004047–CD004047.

Intervenciones psicoterapéuticas

Psicoterapia grupal en depresión subclínica en mayores

OBJETIVOS: los estudios que investigan la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas grupales en la depresión subclínica han mostrado resultados variables con diferentes tamaños de efecto. Se realizó una revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorios sobre psicoterapia de grupo en adultos mayores con depresión subclínica para presentar la mejor evidencia disponible en relación con su efecto sobre la sintomatología depresiva y la prevención de la depresión mayor.

MÉTODOS: búsqueda sistemática de bases de datos electrónicas y modelo de efectos aleatorios para metaanálisis.

RESULTADOS: cuatro ensayos clínicos reunieron los criterios de inclusión al completo. La terapia de grupo cognitivo-conductual (TCC) es una intervención efectiva para la reducción de síntomas depresivos en adultos mayores con depresión subclínica en comparación con la lista de espera. La TCC computarizada es al menos tan efectiva como la TCC grupal en la reducción de síntomas. El beneficio de la TCC grupal no se mantuvo en el seguimiento. La psicoterapia de grupo no parece reducir el riesgo de trastorno depresivo durante el seguimiento. Hubo pocos abandonos de la psicoterapia de grupo en comparación con las condiciones control. La calidad metodológica de los estudios y su reporte son subóptimas.

CONCLUSIONES: las intervenciones psicológicas grupales en adultos mayores con depresión subclínica tienen un efecto significativo en la sintomatología depresiva que no se mantiene en el seguimiento. La psicoterapia de grupo no parece reducir la incidencia de trastornos depresivos mayores.

REFERENCIA: Krishna M, Honagodu A, Rajendra R, Sundarachar R, Lane S, Lepping P. Una revisión sistemática y metaanálisis de la psicoterapia de grupo para la depresión subclínica en adultos mayores. Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(9):881–8.

Terapia de autoayuda online

La terapia de autoayuda por internet, para la depresión, con la orientación de un terapeuta, ha demostrado su eficacia en varios estudios. Los resultados de los metanálisis sugieren que la orientación es importante y los programas de autoayuda sin apoyo son menos efectivos. Sin embargo, no hay comparaciones experimentales directas entre los tratamientos online, guiados y no guiados, para la depresión.

El estudio comparó los beneficios de un tratamiento de autoayuda online no guiado, de 10 semanas, con la misma intervención con apoyo semanal de un terapeuta, por correo electrónico. También se



incluyó un grupo control en lista de espera. Setenta y seis individuos que cumplían con los criterios diagnósticos, de depresión mayor o distimia, fueron asignados al azar a una de las tres condiciones.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) se utilizó como la medida de resultado estándar. Los resultados secundarios incluyeron psicopatología general, problemas interpersonales y calidad de vida. Sesenta y nueve participantes (91%) completaron la evaluación en el post-tratamiento y 59 (78%) a los 6 meses de seguimiento. Los resultados mostraron reducciones significativas de los síntomas en ambos grupos de tratamiento en comparación con el grupo de control en lista de espera. En el post-tratamiento, los tamaños del efecto entre los grupos en el BDI-II fueron $d = 0,66$ para la autoayuda no guiada frente a la lista de espera y $d = 1,14$ para la autoayuda guiada frente a los controles de la lista de espera.

En la comparación de los dos tratamientos activos, se encontraron efectos de pequeños a moderados, pero no estadísticamente significativos. En ambos grupos, los beneficios del tratamiento se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. Los hallazgos aportan evidencia de que los tratamientos para la depresión administrados por Internet pueden ser eficaces tanto si se agrega apoyo como si no. Sin embargo, todos los participantes se les realice una entrevista telefónica antes de la inclusión, lo que impide compararlo con los tratamientos no guiados que carecen de contacto personal con el paciente.

REFERENCIA: Berger T, Hammerli K, Gubser N, Andersson G, Caspar F. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cogn Behav Ther.* 2011;40(4):251–66.

Tratamientos para estados depresivos en mayores

OBJETIVO: para mejorar las intervenciones en personas mayores con depresión, se necesitan datos sobre los efectos comparativos de la farmacoterapia frente a la psicoterapia. Dado que la mayoría de las personas mayores con síntomas depresivos clínicamente significativos no padecen de depresión mayor, se precisan especialmente datos sobre tratamientos para la depresión menor y la distimia.

MÉTODOS: se utilizó un metanálisis para integrar los resultados de 89 estudios controlados de tratamientos centrados en la depresión mayor en fase aguda (37 estudios) y otros trastornos depresivos (52 estudios llevados a cabo con grupos de diagnóstico mixtos, incluidos pacientes con depresión mayor, depresión menor y distimia). Un total de 5.328 personas mayores recibieron farmacoterapia o psicoterapia en los estudios mencionados.

RESULTADOS: las puntuaciones de depresión valoradas por el médico obtuvieron una mejora promedio de 0,80 unidades de desviación estándar (SD); las puntuaciones de depresión autoevaluadas obtuvieron una mejora de 0,76 unidades SD. La depresión valorada por el médico obtuvo una mejora de 0,69 unidades SD en los estudios farmacoterapéuticos y de 1,09 unidades SD en los estudios psicoterapéuticos. La depresión autoevaluada obtuvo una mejora de 0,62 unidades SD y 0,83 unidades SD, respectivamente. Un hallazgo interesante fue la acentuada mejora en la depresión valorada por el médico entre los sujetos control en estudios de medicamentos, frente a aquellos en estudios psicoterapéuticos.

CONCLUSIONES: los tratamientos disponibles para la depresión funcionan, con tamaños del efecto de moderado a grande. Las comparaciones entre la psicoterapia y la farmacoterapia deben ser interpretadas con precaución, en parte porque los estudios de medicamentos son más propensos a utilizar un placebo activo creíble, lo cual puede conducir a tamaños más pequeños del efecto ajustados en los estudios de medicación. Dado que la psicoterapia y la farmacoterapia no mostraron grandes



diferencias en los tamaños del efecto, la elección del tratamiento debe basarse en otros criterios, como en las contraindicaciones, acceso al tratamiento, o las preferencias del paciente.

REFERENCIA: Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Tratamientos para estados depresivos en edades avanzadas: una comparación meta-analítica de la farmacoterapia y la psicoterapia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1493-501.



Se requiere más investigación

Otras intervenciones

Tratamiento personalizado para la depresión

La medicina personalizada tiene como objetivo identificar qué características de un individuo predicen el resultado de un tratamiento específico, con el fin de obtener una mejor relación entre el individuo y el tratamiento recibido. Realizamos una revisión sistemática y un metaanálisis de ensayos aleatorios que compararon dos tratamientos directamente en un grupo de pacientes con una característica específica.

MÉTODOS: se realizaron búsquedas en estudios relevantes de bases de datos y se incluyeron ensayos que compararon (1) medicamentos con psicoterapia, (2) medicamentos con tratamiento combinado, y (3) psicoterapia con tratamiento combinado, en grupos objetivo específicos (a) con una característica sociodemográfica predefinida, (b) un tipo específico de depresión, (c) un trastorno mental o somático concomitante, o (d) de un entorno específico (pacientes ambulatorios, atención primaria).

RESULTADOS: se incluyeron 52 estudios con 4.734 pacientes deprimidos. En estos estudios, se examinaron 20 características de los grupos objetivo. Los resultados mostraron que la medicación probablemente es el mejor tratamiento para la distimia, y los tratamientos combinados son más efectivos en pacientes no hospitalizados con depresión, así como en adultos con depresión. Sin embargo, para examinar las 20 características en las tres categorías de comparaciones, se necesitarían 254 estudios para tener suficiente poder estadístico para mostrar un tamaño de efecto de $g = 0.5$. Actualmente, solo el 20,1% de estos estudios se han realizado.

CONCLUSIONES: un número considerable de estudios ha comparado la medicación, la psicoterapia y los tratamientos combinados. Algunos resultados preliminares son útiles para decidir qué tratamiento es mejor para cada paciente. Sin embargo, el tratamiento personalizado de la depresión apenas ha comenzado.

REFERENCIA: Cuijpers P, Reynolds CF 3rd, Donker T, Li J, Andersson G, Beekman A. Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depress Anxiety*. 2012;29(10):855–64.

Uso de la cafeína

La cafeína está considerada como la sustancia psicoactiva más popular del mundo. Su mecanismo de acción sobre el sistema nervioso central, principalmente mediado por antagonismo de los receptores de adenosina y la posterior modulación de la actividad dopaminérgica, estaría siendo particularmente solicitado por los pacientes con depresión, en un intento de automedicación. Sin embargo, los datos publicados sugieren que el consumo de café puede empeorar las condiciones psicopatológicas en los trastornos del estado de ánimo. Por ello, se ha efectuado una revisión de la evidencia disponible en publicaciones sobre los efectos del consumo de café en el desarrollo clínico de la psicopatología subyacente.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline/PubMed y en PsycINFO, incluyendo «café Y depresión mayor», «café Y distimia» como palabras clave. La búsqueda se limitó a publicaciones en inglés y estudios llevados a cabo exclusivamente en humanos.

A pesar de que los datos son contradictorios, extensos estudios de seguimiento indican un efecto significativo de la cafeína sobre la reducción del riesgo de desarrollar síntomas de depresión clínica. Se



observó un empeoramiento clínico principalmente en casos de depresión postparto y trastorno de pánico comórbido. Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, se observa un perfil bifásico en el efecto psicoestimulante de la cafeína: a dosis bajas a moderadas podría establecerse una correlación entre reducción del riesgo de depresión en sujetos sanos y mejoría de muchos de los síntomas clínicos (atención, excitación, comportamiento psicomotor) en pacientes con depresión, mientras que la presunción de dosis altas podría dar como resultado una desregulación del tino, favorecer los estados afectivos mixtos y empeorar los perfiles circadianos y los síntomas de ansiedad.

REFERENCIA: Rusconi AC, Valeriani G, Carluccio GM, Majorana M, Carlone C, Raimondo P, et al. [El consumo de café en los trastornos depresivos: un mismo enfoque no es aplicable a todas las personas]. Riv Psichiatr. 2014;49(4):164-71.



No ha demostrado efectividad

Intervenciones farmacológicas

Antidepresivos en depresión menor

PROPÓSITO DE LA REVISIÓN: en la depresión menor el número, severidad o duración de los síntomas son insuficientes para diagnosticar una depresión mayor o una distimia. Sin embargo, la depresión menor es un trastorno prevalente que se asocia a discapacidad funcional, afectación de la calidad de vida y un uso intenso de servicios de salud. El objetivo de este artículo es discutir las pruebas a favor de la efectividad de los antidepresivos en pacientes con depresión menor, teniendo en cuenta un metaanálisis reciente y otros ensayos clínicos, así como los problemas metodológicos asociados con la estrategia habitual de deducir la significación clínica del efecto terapéutico de los antidepresivos a partir de comparaciones con placebo en ensayos clínicos aleatorizados (ECAs).

HALLAZGOS RECIENTES: un metaanálisis reciente, que comprende seis ECAs y dos estudios posteriores, no aportan pruebas de la eficacia de los antidepresivos en pacientes con depresión menor, pero ni tienen la potencia ni la calidad metodológica para excluir eficacia. Se discuten los posibles riesgos de minusvalorar la significación clínica de los antidepresivos basada en los datos de los ECAs.

RESUMEN: Para la depresión menor, el apoyo inespecífico, como la monitorización activa, el «*counseling*» grupal inespecífico o actividades de auto-ayuda guiadas por internet son opciones de tratamiento razonables. Los antidepresivos pueden ser considerados en casos especiales como, por ejemplo, ideas de suicidio, intentos de suicidio previos, historia familiar de trastornos afectivos o episodios depresivos mayores previos.

REFERENCIA: Hegerl U, Schonknecht P, Mergl R. ¿Son los antidepresivos útiles en el tratamiento de la depresión menor?: una actualización crítica de la literatura actual. *Curr Opin Psychiatry*. 2012; 25(1):1–6.



Otros artículos de interés

Epidemiología

Historia de la ubicación nosológica de la distimia

El término distimia nomina un cuadro clínico caracterizado por sentimientos de la serie depresiva, de baja intensidad, pero de evolución crónica. La nosología psiquiátrica lo incluye dentro de los trastornos del estado de ánimo o dentro de las neurosis y trastornos de la personalidad. La ambigüedad de su ubicación probablemente explique la escasez relativa de la bibliografía que examina la eficacia de los distintos tratamientos, hecho no menor dada la incidencia del trastorno, que alcanza al 3% de la población general. En este trabajo se resume la historia de la ubicación nosológica de la distimia, se revisa la bibliografía relativa al tratamiento farmacológico y se hace una breve mención acerca de la eficacia de la asociación de psicoterapia y farmacoterapia. La literatura indica que los antidepresivos, independientemente del grupo al que pertenezcan, son más eficaces que el placebo en el tratamiento de la distimia, que es recomendable que el tratamiento sea prolongado y que la psicoterapia podría proporcionar un beneficio adicional.

REFERENCIA: Wikinski S. [Dysthimia or chronic depression: what do we know about its pharmacological treatment?]. *Distimia o depresión Cron que sabemos acerca su Trat Farmacol.* 2012;23(104):260–4.



Estrategia de búsqueda

1. Dysthymic Disorder/
2. Dysthymia.tw.
3. 1 or 2
4. Meta-Analysis as Topic/
5. meta analy\$.tw.
6. metaanaly\$.tw.
7. Meta-Analysis/
8. (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
9. exp Review Literature as Topic/
10. or/4-9
11. cochrane.ab.
12. embase.ab.
13. (psychlit or psyclit).ab.
14. (psychinfo or psycinfo).ab.
15. (cinahl or cinhal).ab.
16. science citation index.ab.
17. bids.ab.
18. cancerlit.ab.
19. or/11-18
20. reference list\$.ab.
21. bibliograph\$.ab.
22. hand-search\$.ab.
23. relevant journals.ab.
24. manual search\$.ab.
25. or/20-24
26. selection criteria.ab.
27. data extraction.ab.
28. 26 or 27
29. Review/
30. 28 and 29
31. Comment/
32. Letter/
33. Editorial/
34. animal/
35. human/
36. 34 not (34 and 35)
37. or/31-33,36
38. 10 or 19 or 25 or 30
39. 38 not 37
40. 3 and 39



Psicoevidencias



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

 psicoevidencias.es

 twitter.com/psicoevidencias

 facebook.com/psicoevidencias