



**“PROTOCOLO DEL TRASTORNO DISTÍMICO (DISTIMIA) EN EL HOSPITAL GENERAL  
DOCENTE DE CALDERÓN”**

**PROCESO:** Especialidades en Salud Mental

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
Elaborado por:	Álvarez Bayas Tania Fabiola	Psiquiatra	
	Cabezas Francisco Santiago	Psiquiatra	
	Cárdenas Edison Javier	Psicólogo Clínico	
	Gomezcoello Cadena Daniel Alejandro	Psicólogo Clínico	
	Martínez Edison Francisco	Psicólogo Clínico	

	Muñoz María Isolina	Psicóloga Infantil	
	Proaño López Andrea Carolina	Psicóloga Clínica	
	Sánchez Carvajal Mirella Patricia	Psicóloga Clínica	
	Torres Dávila Sandra Genoveva	Psiquiatra	
Revisado por:	Lcda. Marisol Basantes	Responsable de la Gestión de Calidad	
	Dra. Margarita Mediavilla	Responsable de la Gestión Apoyo Terapéutico	
Validado por:	Dra. Patricia Benavides	Director Asistencial (E)	
Aprobado por:	Dra. Malena Ortiz	Gerente General	

**22 DE DICIEMBRE DEL 2022**

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo”

## CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN:.....	4
2. OBJETIVO:.....	5
3. ALCANCE: .....	5
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS .....	5
5. DIAGNÓSTICO .....	5
5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	8
5.2 TRATAMIENTO .....	9
6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO .....	14
7. BIBLIOGRAFÍA .....	14
8. CONTROL DE CAMBIOS .....	16
9. ANEXOS .....	17

## 1. INTRODUCCIÓN:

El área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad que son atendidas en el Hospital General Docente de Calderón.

La Distimia, según el reporte estadístico de casos atendidos en consulta ambulatoria (2016-2022) por el servicio de especialidades en Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica, Psicología Infantil), la morbilidad corresponde a 1074 de un total de 33646 diagnósticos descritos realizados, lo cual equivale al 9,5% (1).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM IV TR) la distimia está presente en el 3% de la población general; siendo más frecuente en mujeres menores de 64 años, en relación con los varones. Refiere que también es frecuente en centros psiquiátricos, aunque menciona no se han analizado muchos en centros de este tipo (2).

\*De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales – DSM V- el trastorno depresivo persistente o distimia tiene una prevalencia de aproximadamente 0,5% en población general (3).

En la Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª Edición (Cie 10), se menciona que este tipo de trastorno es más frecuente en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general (4).

Se estima que el 50% de sujetos no será diagnosticado de Distimia y acudirán por quejas como malestar general y/o fatiga. (5).

Se estima que dentro de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros.

El 75% de los pacientes distímicos sufren alguna comorbilidad psiquiátrica, de las que el trastorno depresivo mayor, la ansiedad y el abuso de sustancias son las más comunes (6). En el mismo artículo mencionan que 30% de los pacientes que presentan ansiedad desarrollan una depresión secundaria, y en muchos casos son diagnosticadas al mismo tiempo.

## 2. OBJETIVO:

Brindar las directrices para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Distímico (Distimia) en consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización a los profesionales de Salud Mental del HGDC.

## 3. ALCANCE:

Es Este protocolo será de aplicación en los procesos de consulta externa, emergencia y hospitalización del HGDC.

## 4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

La Clasificación internacional de enfermedades, 11va revisión (CIE 11) refiere que la Distimia o “Trastorno Distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (es decir, que dura dos años o más), durante la mayor parte del día, durante más días., durante la mayor parte de días. En niños y adolescentes, el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como una irritabilidad generalizada. El estado de ánimo depresivo se acompaña de otros síntomas como interés o placer notablemente disminuidos en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión, autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza sobre el futuro, sueño perturbado o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, y energía baja o fatiga. Durante los primeros dos años del trastorno, nunca ha presentado un período de dos semanas durante el cual el número y la duración de los síntomas fueran suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo. No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos”. (7).

El DSM IV TR, especifica que la Distimia puede ser de Inicio Temprano cuando los síntomas se presentan antes de los 21 años y de Inicio Tardío, cuando los síntomas se presentan luego de los 21 años. (2).

La sintomatología no se deberá presentar por algún otro trastorno, tampoco será consecuencia de una sustancia, medicamento o enfermedad médica, además debe haber un deterioro de las áreas laborales, sociales, familiares, o cualquiera de importancia para el paciente, y tampoco se deberá a un proceso de duelo.

## 5. DIAGNÓSTICO

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), utiliza para la valoración de pacientes atendidos, los criterios diagnósticos de la CIE 10 (3), en virtud de lo cual se citarán los mismos a continuación:

**Ministerio de Salud Pública**  
**Hospital General Docente de Calderón**

Dirección: Av. Capitán Giovanni Calles y Derbi, vía a Marianas  
Código postal: 170201 / Quito-Ecuador  
Teléfono: +593-2-3952 700  
www.hgdc.gob.ec

El Trastorno Distímico (Distimia), está dentro de la clasificación de los trastornos del humor, presenta ciertas características propias que serán detalladas en el presente documento, en la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 se encuentra codificado como F34.1.

Criterios diagnósticos según la CIE – 10 (4):

- A. Presencia de un período de al menos dos años de humor depresivo constante o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de estado de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.
- B. Ninguno, o muy pocos, de los episodios individuales de depresión en este período de dos años debe ser lo suficientemente severo o prolongado para cumplir criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0).
- C. Presencia de por lo menos tres de los siguientes durante, al menos, alguno de los períodos de depresión:
  - 1. Disminución de la energía o de la actividad.
  - 2. Insomnio.
  - 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.
  - 4. Dificultad para concentrarse.
  - 5. Llanto fácil.
  - 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
  - 7. Sentimientos de desesperación o desesperanza.
  - 8. Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria.
  - 9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
  - 10. Aislamiento social.
  - 11. Disminución de la locuacidad

Es pertinente mencionar los criterios diagnósticos estipulados en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos Mentales en su quinta edición (DSM – V), el cual clasifica esta patología como Trastorno Depresivo Persistente, que agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico, cuyos criterios diagnósticos son(3):

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.



- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
  2. Insomnio o hipersomnias.
  3. Poca energía o fatiga.
  4. Baja autoestima.
  5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
  6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

● **Exámenes de gabinete**

Se recomienda se realice exámenes básicos de laboratorio y gabinete que puedan apoyar el diagnóstico de Distimia, tomando en cuenta que se asocia a comorbilidad médica y psiquiátrica.

Existen algunos problemas médicos que pueden agravar o presentar síntomas de ansiedad, como (8):

- Patologías endocrinológicas: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia adrenal, hiperadrenocorticismos, feocromocitoma, etapa de la menopausia.
- Origen cardiovascular: insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, arritmias, prolapso mitral.
- Origen respiratorio: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonías, trastornos de la ventilación.

- Alteraciones metabólicas: diabetes mellitus, porfiria, hipoxia, hipocapnia, hipoglicemia, hiperpotasemia, hipercapnia, hiponatremia.
- Origen neurológico: neoplasia, encefalitis, disfunción vestibular, epilepsia temporal, migrañas.
- Intoxicaciones por plomo.
- Origen hematológico: anemia déficit de vitamina B12.
- Infecciones urinarias sobre todo en ancianos, síndrome de fatiga crónica, cáncer.

Por lo descrito anteriormente, como mínimo se deberá realizar biometría hemática completa, química sanguínea con valoración de glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, pruebas de función tiroidea y valoración por Medicina Interna y/o neurológico acorde al caso. También es importante la realización de Tomografía Computarizada (TC) y electroencefalograma (EEG) si la sintomatología lo justifica.

- ***Escalas de estratificación***

La valoración se basa en el análisis de la entrevista clínica, sin embargo, se podrían aplicar reactivos psicológicos de acuerdo con el criterio del profesional. Las escalas pueden brindar información que complementa la evaluación, pero no reemplaza la entrevista clínica. La Escala de Depresión de Hamilton, es la recomendada acorde a la Guía de Diagnóstico y Tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos (GPC) del Ministerio de Salud Pública Ecuador (2017)(9).

## **5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Existe una elevada relación entre la Distimia un Episodio Depresivo Mayor y a la vez la presencia de Distimia eleva su ocurrencia, se ha relacionado a tal punto que más del 60% de pacientes que padecen esta patología presenta la menos un Episodio Depresivo Mayo en algún momento de su vida, de los pacientes que padecen Episodio Depresivo Mayor al menos el 40% cumple criterios de Distimia, de los pacientes que padecen Distimia, niños y adolescentes al menos el 70% padece depresión doble. (5).

La Distimia puede tener comorbilidad con trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno depresivo, así como con otras entidades nosológicas médicas como el síndrome de colon irritable, dolor crónico, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, abuso de sustancias, así como las descritas anteriormente.



## 5.2 TRATAMIENTO

### A. Farmacológico:

Se iniciará tratamiento farmacológico, si las medidas no farmacológicas no han tenido efecto.

Tenga en cuenta que las personas que presentan síntomas de depresión crónica pueden no haber buscado tratamiento para la depresión anteriormente y pueden no saber que tienen esta condición (10).

- a. Las conversaciones sobre su estado de ánimo y síntomas iniciadas por un profesional de la salud puede ayudarlos a acceder al tratamiento y los servicios (10).
- b. Para personas que presentan síntomas depresivos crónicos que deterioran significativamente el funcionamiento personal y social y que no han recibido tratamiento previo para la depresión, las opciones de tratamiento incluyen: TCC, ISRS, IRSN, ATC (tenga en cuenta que los ATC son peligrosos en sobredosis, aunque la lofepramina tiene el mejor perfil de seguridad), Terapia combinada con TCC y un ISRS o un ATC (10).
- c. Se recomienda iniciar tratamiento con antidepresivos tipo inhibidores de la receptación de serotonina (ISRS), tricíclicos o inhibidores de la mono amino oxidasa (IMAO); en los casos en los que la ansiedad sea importante se puede añadir ansiolíticos (11).
- d. Se recomienda Sertralina con dosis inicial de 50 mg/día a dosis máxima de 200 mg/día, también se puede utilizar fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina (8).

Tratamiento	Como se realiza	Características	Consideraciones
Antidepresivos	Se recomienda tomar por lo menos durante 6 meses, incluso después de que remitan los síntomas. Puede ser un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), o un inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) u otro antidepresivo	Los ISRS son generalmente bien tolerado, tiene un buen perfil de seguridad y debe ser considerado como la primera opción para la mayoría de personas. Los antidepresivos tricíclicos (TCA) son peligrosos en sobredosis, aunque la lofepramina tiene	Elección del tratamiento dependerá de la preferencia por efectos específicos de medicamentos, como sedación, enfermedades o medicamentos concomitantes, riesgo de suicidio e historial previo de respuesta a medicamentos antidepresivos. Tiempo mínimo compromiso, aunque se necesitan revisiones periódicas (especialmente al iniciar y finalizar el

	si está indicado según antecedentes clínicos y de tratamiento previos.	el mejor perfil de seguridad.	tratamiento). Los beneficios deben sentirse dentro 4 semanas.
--	--	-------------------------------	--

(Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE, 2022)(10)

A continuación, se toma el cuadro de Guerrero, Ferrandis, Carabias, et al (2017), sobre antidepresivos y dosis recomendadas (12):

<b>Antidepresivos Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina (ISRS) recomendados:</b>			
<b>ISRS</b>	<b>Dosis inicio</b>	<b>Dosis diaria</b>	<b>Dosis Máxima</b>
<b>Fluoxetina</b>	10 mg	20-60 mg	60 mg
<b>Sertralina</b>	25mg	50-150 mg	200 mg
<b>Citalopram</b>	5-10 mg	20-40 mg	Adultos 40 mg Ancianos 20 mg
<b>Paroxetina</b>	10 mg	20-40 mg	50 mg

En el caso de benzodiacepinas se recomienda su uso con precaución y en lo posible no por tiempos prolongados, se sugiere no sobrepasar las 3 semanas de uso, desde su inicio hasta su retiro (13) (14):

<b>Benzodiacepina</b>	<b>Dosis</b>	<b>Presentación</b>
<b>Clonazepam</b>	0,25 mg dos veces al día se puede aumentar cada 3 días hasta una dosis máxima de 2 mg dos veces al día.	Tabletas 2 mg. Solución oral 2,5 mg/ml
<b>Alprazolam</b>	0,25 mg – 0,5 mg tres veces al día, hasta dosis máxima de 4 mg por día, repartido en 3 a 4 dosis.	Tabletas de 0,25mg y de 0,3 mg
<b>Lorazepam</b>	1 mg dos veces al día.	Tabletas de 1 y 2 mg

Según las guías NICE en sus recomendaciones para tratamientos de primera elección que no responden al tratamiento recomiendan el tratamiento combinado de un antidepresivo junto terapia cognitiva conductual da las siguientes pautas para el manejo adecuado (10)

Tratamiento	Como se realiza	Características	Consideraciones
<b>Combinación de comportamiento Cognitivo individual (TCC) y un antidepresivo</b>	Una combinación de TCC individual y curso de medicación antidepresiva	Combina los beneficios de sesiones regulares de TCC con un terapeuta y medicación.	Sesiones con un terapeuta proporcionar inmediato apoyo mientras la medicación toma tiempo para trabajo o medicamento puede empezar inmediatamente, y luego TCC comenzó tan pronto como sea posible después de obtener conjunto efectos  Puede haber efectos secundarios Desde el medicamento, y algunas personas pueden tener dificultades para suspender la medicación antidepresiva

(Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE, 2022)(10)

## B. No farmacológico:

- a. En relación a la Psicoterapia, Gonçalves, González & Vázquez (2010) realizan una guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad para atención primaria, los cuales son de útil aplicación en el Trastorno Distímico, en el cual refieren que se ha empleado con éxito abordajes conductuales (manejo de ansiedad) y cognitivos (reestructuración cognitiva, entrenamiento de la relajación y la retroalimentación), mencionan además que como se ha encontrado una etiología específica del trastorno, al momento no existe ninguna evidencia científica para recomendar o desaconsejar ningún tipo de tratamiento(15).
- b. Ortega, Kendzierski & Aranda (2015) citando a Echeburúa (2000) y Jauregui (2015) mencionan que existen varios estudios que han intentado valorar la eficacia de la terapia cognitiva-conductual, en los trastornos depresivos (16).
- c. Echeburúa (2006) y Ortega, Kendzierski & Aranda (2015) citando a Hollon (2006), Butler (2006), Spielmans (2011), refieren que la terapia cognitivo- conductual, ha mostrado iguales o mejores resultados que el tratamiento farmacológico, siendo más efectivo incluso a largo plazo (16) (17). Las técnicas que se ocupan en esta terapia son la combinación de técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en los trastornos de ansiedad y de depresión.

- d. La premisa de la psicoterapia cognitivo-conductual es que las emociones y comportamientos, están determinados por la forma en que la persona estructura su mundo. Los pensamientos se fundamentan en esquemas, desarrollados por experiencias previas. Por tanto, las técnicas están destinadas a corregir conceptualizaciones disfuncionales que le permitan una mejor adaptación, al reevaluar el concepto de sí mismo y del mundo circundante (18).
- e. Echeburúa, Salaberría, Corral, et al (2000), realizan un estudio titulado: Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental, donde realizaron valoraciones pretratamiento, postratamiento y seguimientos de 3 y 6 meses, encontrando que un 70% de los pacientes tuvieron una mejora significativa en el seguimiento de 6 meses(19). También recomiendan el tratamiento grupal y desarrollan un esquema de trabajo, combinado con sesiones individuales.
- f. Existen varias estrategias y técnicas de intervención que han ido evolucionando con el paso del tiempo, todas plantean en primer lugar un análisis personal de las necesidades específicas de los pacientes, y según eso se pueden escoger las mejores técnicas y estrategias a utilizarse para cada persona. Muchos autores involucran técnicas individuales y de grupo. Entre las estrategias descritas en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento del episodio y del trastorno depresivo recurrente en adultos, detallan por ejemplo, tomar en cuenta los factores que más afectan su vida diaria, considerar el impacto de la depresión sobre el paciente y su familia, favorecer la comunicación de emociones y sentimientos, entre otras.
- g. A continuación, se describen varios objetivos que deben estar presentes en el tratamiento, indistintamente el enfoque psicológico que se esté aplicando.
- Explicar la relación de los síntomas con el manejo de conflictos (Psicoeducación).
  - Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad a través de técnicas de respiración y de relajación muscular.
  - Reducir síntomas de ansiedad y depresión.
  - Entrenar en resolución de problemas.
  - Fortalecer de habilidades sociales.
  - Identificar y controlar pensamientos generadores de ansiedad y depresión.
  - Fortalecer de estrategias de afrontamiento.
  - Planificar la ejecución de actividades de la vida diaria.
  - Incentivar a la práctica de estilos de vida saludables.

- Prevenir recaídas
- h. Para un trabajo adecuado en cualquier tratamiento psicológico, es ideal una periodicidad semanal, para poder realizar tareas inter-sesión, verificar avances, analizar dificultades presentadas y en general tener un seguimiento adecuado del caso, con ello el tratamiento no se dilata por las intervenciones muy espaciadas.
- i. La guía NICE con su última actualización 2022 recomienda para tratamiento psicoterapéutico dar las siguientes pautas para tener en cuenta al momento de realizarlas (10).

Tratamiento	Como se realiza	Características	Consideraciones
<b>TCC individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención individual impartida por un profesional con formación y competencia específicas de la terapia.</li> <li>▪ Por lo general, consta de 16 sesiones regulares, aunque se pueden necesitar sesiones adicionales para personas con problemas de salud física o mental comórbidos o necesidades sociales complejas, o para abordar problemas residuales</li> </ul>	<p>Se enfoca en cómo los pensamientos, las creencias, las actitudes, los sentimientos y el comportamiento interactúan ,enseña habilidades para lidiar con las cosas de la vida de manera diferente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado a objetivos y estructurado.</li> <li>• Se centra en resolviendo problemas actuales.</li> </ul>	<p>Puede ser útil para las personas que pueden reconocer pensamientos negativos o patrones de comportamiento inútiles que desean cambiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita los posibles efectos secundarios de los medicamentos.</li> <li>• La persona deberá ser dispuesto a completar las tareas</li> </ul>

(Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE, 2022)(10)

Tratamiento	Como se realiza	Características	Consideraciones
<b>Grupo cognitivo conductual terapia (TCC)</b>	<p>Una intervención grupal impartida por 2 profesionales, al menos 1 de los cuales tiene capacitación en terapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generalmente consta de 8 sesiones ordinarias.</li> <li>▪ Usualmente 8 participantes en el grupo.</li> </ul>	<p>Se enfoca en cómo los pensamientos, las creencias, las actitudes, los sentimientos y el comportamiento, y enseña habilidades de afrontamiento para lidiar con las cosas de la vida de manera diferente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado a objetivos y estructurado.</li> <li>•Se centra en resolviendo problemas actuales.</li> </ul>	<p>Puede ser útil para las personas que pueden reconocer pensamientos negativos o patrones de comportamiento inútiles que desean cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede permitir el apoyo de otros compañeros que pueden estar teniendo experiencias similares.</li> <li>• La persona deberá estar dispuesta a completar las tareas</li> </ul>

(Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE, 2022) (10)



- j. Tratamiento de especialidad:* En caso de que los pacientes tengan comorbilidades deberán ser manejadas por las especialidades correspondientes.

## 6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

### CRITERIOS DE INGRESO:

**Hospitalización o Terapia Intensiva:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede ser parte de las comorbilidades de un paciente hospitalizado o podría requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento autolítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con sintomatología psicótica.

### CRITERIOS DE EGRESO:

- **Referencia/Contrarreferencia:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con normativa vigente (geo referencia).
- **Alta y Referencia Inversa:** Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

### MANEJO DE PRIORIDADES:

- Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, ni referencia a un nivel de mayor complejidad, pero será de manejo prioritario en caso de riesgo de auto o heteroagresión.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Área de estadística (HGDC). Estadística Hospital General Docente de Calderón. Quito-Ecuador; 2022.
2. American Psychiatric Association (APA). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing, editor. Washington, DC; London, England; 2013. 438 p.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Panamerica. Ginebra; 1992.
4. La distimia en el contexto clínico [Internet]. [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745013700088> Organización Mundial de la Salud. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad



- y mortalidad [Internet]. Icd - Who. 2019 [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/314468192>
5. Odalis Fernández López D, Bárbara Jiménez Hernández D, Regla D, Almirall A, Darelys D, Molina SN, et al. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos Manual for Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Vol. 10. 2012.
  6. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. 2017 [cited 2022 Oct 14]; Available from: [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)
  7. Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE [Internet]. [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
  8. Reyes-Ticas J. Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Trastornos de Ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2010;1–134. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
  9. Guerra, Delio; Ferrandis, Vanesa; Carabias, Ángel; Calabozo B. ¿Estamos medicalizando los problemas de la vida diaria? | Printable version - [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 8]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/en/noticias-destacados/destacados/medicalizando-problemas-vida-diaria.print-frame>
  10. Rica M de S de C. Protocolos para la prescripción de psicotrópicos y estupefacientes [Internet]. [cited 2020 Apr 8]. Available from: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/servicios-proveeduria-ms/doc\\_download/158-ministerio-de-salud-informa-a-la-poblacion-en-general-alerta-sobre-productos-4life](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/servicios-proveeduria-ms/doc_download/158-ministerio-de-salud-informa-a-la-poblacion-en-general-alerta-sobre-productos-4life)
  11. UNAM F de M. Lorazepam [Internet]. [cited 2020 Apr 8]. Available from: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Lorazepam.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Lorazepam.htm)
  12. Castro FGEstellaVMGRodríguezJV. GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en. 2010.
  13. Ortega Otero M, Kendzierski M, Aranda Rubio ME. Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. Revista de Psicoterapia. 2015; 26(102):175–88.
  14. Echeburúa E, Salaberría K, de Corral P, Cenea R, Berasategui T. Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2006 Jan; 34(1):95–101.
  15. Mora E, Rodríguez LP. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico

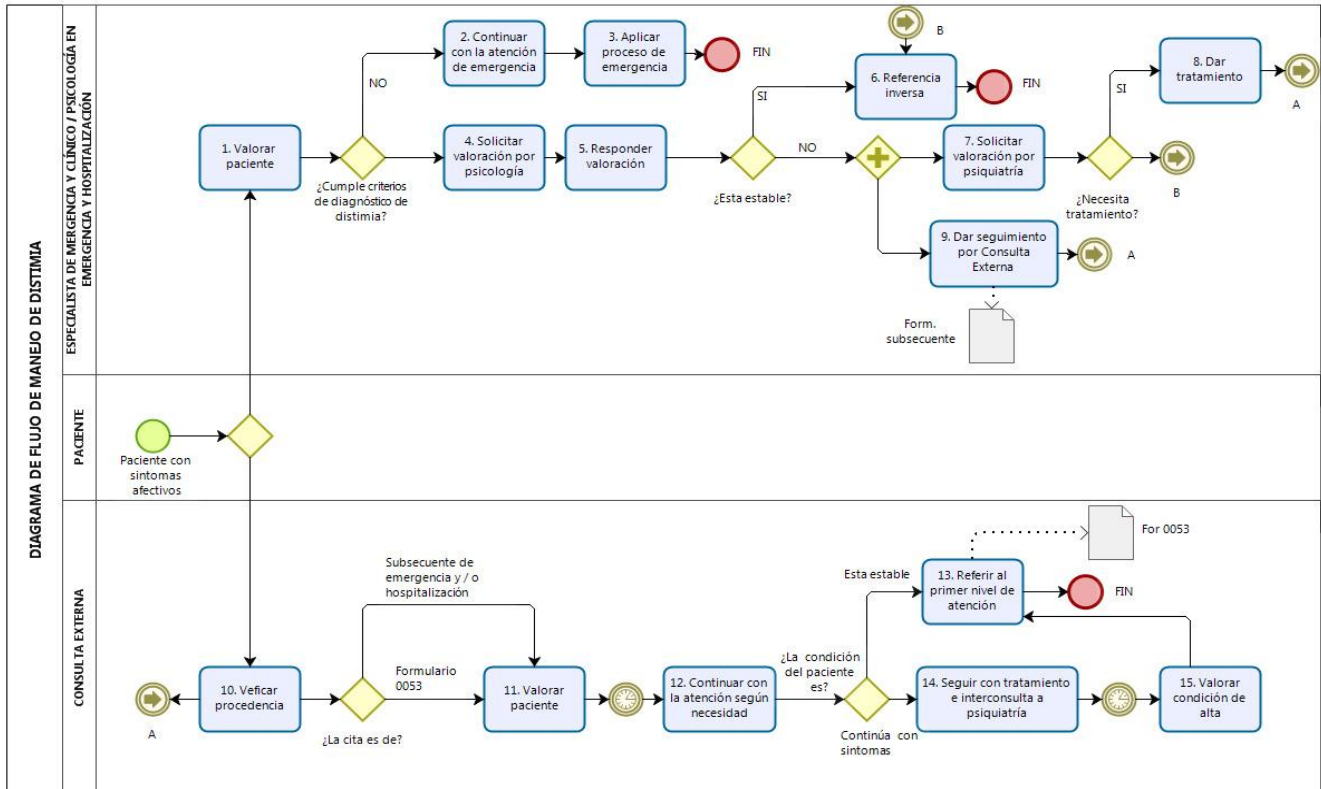
común de trastorno mixto ansioso-depresivo. Universidad del Norte- Barranquilla.  
2016; 1–359.

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
07/12/2022	Nuevo	N/A	001

## 9. ANEXOS

### DIAGRAMA DE FLUJO



#### Diagrama de flujo de manejo de distimia

**Autor:** Lcda. Marisol Basantes/Calidad  
**Versión:** 001  
**Descripción:** Protocolo de manejo de diagnóstico de distimia