

## 2. Definición y diagnóstico de la depresión mayor

- La realización de un cribado mejoraría los resultados en la depresión mayor?
- ¿Existen factores de riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mayor?

### 2.1. Definición

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva<sup>18</sup>. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas<sup>1</sup>.

Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales<sup>19,20</sup>.

## 2.2. Diagnóstico

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

La edad de inicio de la DM, aunque varía en diferentes estudios, puede establecerse entre los 30 y 40 años, y alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18-44<sup>21</sup>. La presentación de la enfermedad puede ser distinta con la edad, y así, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales mientras que los ancianos tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos<sup>22</sup>.

Existen diversos instrumentos diagnósticos fiables, como la escala de autoevaluación MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)<sup>23,24</sup> que permiten identificar aquellos individuos que presentan síntomas depresivos y posibilitan que el clínico lleve a cabo una entrevista diagnóstica. Muchos de estos instrumentos son útiles en los centros de Atención Primaria.

El primer episodio de una depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos y ataques de pánico<sup>25</sup>. La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología<sup>26</sup>. El episodio depresivo grave puede además venir o no acompañado de síntomas psicóticos, donde además de los criterios establecidos para definir un episodio depresivo grave, aparecen ideas delirantes, alucinaciones o estupor.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones ICD-10<sup>27</sup> y DSM-IV<sup>28</sup>. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10**

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

- ~ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- ~ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- ~ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
- ~ Empeoramiento matutino del humor depresivo
- ~ Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- ~ Pérdida marcada del apetito
- ~ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- ~ Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (Tablas 1 y 2). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

El DSM-IV utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

**Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10**

A. Criterios generales para episodio depresivo

- ~ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- ~ El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- ~ Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- ~ Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- ~ Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

- ~ Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- ~ Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
- ~ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- ~ Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
- ~ Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
- ~ Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- ~ Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático\*

**Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave:** Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

Esta guía de práctica clínica asume la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE 10<sup>27</sup> con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y por la *American Psychiatric Association (DSM-IV)*<sup>28</sup>, con los códigos 296.2X (trastorno depresivo) y 296.3X (trastorno depresivo recidivante).

## 2.3. Factores de riesgo

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos<sup>29</sup>. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales<sup>25</sup>, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco<sup>30</sup> y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia<sup>5</sup>. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión<sup>25</sup>, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos<sup>31</sup>.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta<sup>32</sup>. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general<sup>33</sup>, proporción también importante en los de segundo grado<sup>34</sup>. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad<sup>35</sup>. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor. Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor<sup>36</sup>.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor<sup>37,38</sup> y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida<sup>39</sup>. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión

mayor<sup>36,37</sup> y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor<sup>40</sup>. Por otra parte, se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos psiquiátricos<sup>41</sup>. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor<sup>42</sup>. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión<sup>25</sup>.

Por último, y con el objetivo de crear un modelo predictivo de depresión, se está llevando a cabo en diferentes países de la Unión Europea un estudio prospectivo basado en la realización de encuestas enfocadas sobre factores de riesgo de depresión en Atención Primaria<sup>43</sup>.

## 2.4. Cribado de depresión

Un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están diagnosticados ni tratados<sup>11,44,45</sup> por lo que algunos autores proponen la realización de cribados entre la población, con el fin de asegurar que todos sean identificados y reciban el tratamiento adecuado.

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejora los resultados en pacientes con depresión mayor y si debiera realizarse de una forma amplia (toda la población general, todos los pacientes que acuden a una consulta) o de una forma limitada (únicamente aquellos pacientes en los que exista algún tipo de riesgo específico).

En un meta-análisis reciente<sup>46</sup>, realizado con el fin de evaluar la validez diagnóstica de los cuestionarios en el cribado de depresión, los autores observaron que los test de una pregunta tienen una sensibilidad del 32% y una especificidad del 96% con valor predictivo positivo (VPP) del 56% y valor predictivo negativo (VPN) del 92%, mientras que los test de dos o tres preguntas tienen una sensibilidad y especificidad del 74%, con un VPP del 38% y un VPN del 93%. Los autores concluyen que los test ultracortos (entre una y cuatro preguntas) parecen ser, en el mejor de los casos, un método para excluir el diagnóstico de depresión y debieran ser usados únicamente cuando existen suficientes recursos para un segundo análisis de los casos inicialmente positivos.

En la GPC de Depresión de NICE<sup>25</sup>, el apartado de cribado de la depresión se basa en dos revisiones sistemáticas. La primera resume el trabajo de la *U.S Preventive Services Task Force* e identifica 14 ensayos clínicos aleatorios en los que se evaluó el efecto del cribado rutinario de la depresión en adultos<sup>47</sup>. La segunda revisa un grupo de nueve ensayos similar al anterior, aunque no idéntico<sup>48</sup>. Las conclusiones de NICE fueron las siguientes:

- El cribado rutinario de la depresión puede ser efectivo en la identificación de un importante número de casos, si bien los datos son limitados sobre si tiene algún efecto beneficioso sobre la sintomatología depresiva, aún disponiendo de un programa de tratamiento accesible.
- En un cribado, un cuestionario de dos preguntas es tan efectivo como un cuestionario más elaborado y se adapta mejor a las características de la Atención Primaria.
- Ninguno de los estudios revisados se ocupó específicamente de las personas consideradas de alto riesgo para desarrollar depresión.

Y sus recomendaciones para la práctica clínica fueron:

- El cribado de la depresión debería ser abordado en Atención Primaria para grupos de riesgo, como los que tienen antecedentes de depresión, enfermedades incapacitantes u otros problemas mentales como la demencia.
- Los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta las potenciales causas físicas de la depresión, la posibilidad de que sea causada por la medicación y considerar si es apropiado realizar un cribado.
- El cribado de depresión debería incluir al menos dos preguntas referentes al ánimo y a la capacidad de disfrute de la persona.
- Es necesario investigar acerca del coste-efectividad del cribado en personas consideradas de alto riesgo de presentar depresión.

En 2004, la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*<sup>48</sup> publicó una actualización de sus recomendaciones tras la revisión de Pignone *et al*<sup>47</sup>. Este grupo de trabajo recomienda realizar el cribado de la depresión mayor en adultos en Atención Primaria, siempre que vaya unido a un tratamiento y seguimiento efectivos. Por último, la Colaboración Cochrane publicó en 2001 una revisión sobre el tema, actualizada en 2005<sup>49,50</sup> aunque sólo aporta

un ensayo respecto a la GPC de depresión de NICE<sup>25</sup>, en la que sus autores concluyen que los cuestionarios de cribado tienen un impacto mínimo sobre la detección, tratamiento o resultado de la depresión, no debiendo adoptarse esta estrategia por sí sola.

### Resumen de la evidencia

1+	Los test de más de una pregunta (entre dos y tres) son los más apropiados para la realización del cribado de la depresión (46).
1-	Los estudios disponibles en la actualidad nos muestran que si bien existen instrumentos válidos para identificar o excluir casos de depresión, no existen suficientes pruebas acerca de su capacidad para alterar de forma favorable la evolución y pronóstico de la enfermedad (25, 47, 48).
1-	El cribado de la depresión mayor, sin un programa de tratamiento accesible y un seguimiento adecuado, no parece ser efectivo (25, 47, 48).

### Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/>	De forma general no se recomienda el cribado de la depresión, ya que existen dudas razonables sobre su efectividad a la hora de modificar el curso de la enfermedad si no se acompaña de medidas de seguimiento.
<input checked="" type="checkbox"/>	Debe tenerse en cuenta la posibilidad de patología depresiva en personas con factores de riesgo.
B	Los cuestionarios a utilizar deberían incluir al menos dos preguntas referentes al ánimo y a la capacidad de disfrute de la persona.

## 2.5. Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida<sup>51</sup>, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales<sup>52-54</sup>.

Uno de los principales problemas que surgen al interpretar los hallazgos de los estudios acerca de la conducta suicida es su baja representatividad, ya que el suicidio es una conducta infrecuente.

La guía NICE recoge la importancia de la gravedad del episodio depresivo mayor como factor de riesgo de suicidio<sup>25</sup>, señalando otros autores la importancia de la desesperanza<sup>55</sup>.

Dos estudios prospectivos con un seguimiento de 18-24 meses observaron diferentes porcentajes de intento de suicidio o su consumación, oscilando entre el 8%<sup>56</sup> y el 16, 6%<sup>57</sup>, sin precisar en ellos la gravedad del trastorno depresivo. En el primer estudio<sup>56</sup>, el riesgo de suicidio fue significativamente mayor en los periodos de remisión parcial y durante el episodio que en el periodo de remisión total. Tras un análisis multivariante, los factores más importantes fueron la duración del episodio depresivo, los intentos de suicidio y la falta de pareja. En el segundo estudio<sup>57</sup>, se abordaron los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida, observando que la historia familiar de suicidios previos, los antecedentes de drogadicción o tabaquismo, los trastornos límite de la personalidad y la separación familiar en edad temprana multiplican por tres el riesgo de actos suicidas en hombres con depresión mayor. En las mujeres, el riesgo de suicidio fue mayor en aquellas con intentos previos e ideación suicida, y se incrementaba tres veces el riesgo de suicidio con cada intento previo.

**Tabla 3. Factores de riesgo de suicidio en personas con depresión mayor**

<ul style="list-style-type: none"><li>~ Antecedentes de intentos de suicidio previos.</li><li>~ Antecedentes de suicidio en la familia</li><li>~ Comorbilidad en el Eje II (diagnóstico por ejes de DSM-IV): T. límite personalidad.</li><li>~ Impulsividad.</li><li>~ Desesperanza.</li><li>~ Eventos vitales tempranos traumáticos.</li><li>~ Estrés vital.</li><li>~ Bajo apoyo social-pareja.</li><li>~ Sexo masculino.</li><li>~ Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas.</li></ul>
Fuente: elaboración propia

El comportamiento impulsivo y agresivo como factor de riesgo de suicidio fue estudiado en un estudio de casos (pacientes varones que se suicidaron durante un episodio depresivo) y controles (pacientes varones vivos con depresión mayor). Los autores observaron que el abuso o dependencia de alcohol u otras drogas y el trastorno límite de la personalidad aumentan el

riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor, así como altos niveles de impulsividad y agresividad<sup>58</sup>.

Por último, un estudio retrospectivo de 21 años de seguimiento que incluyó 785 pacientes con depresión encontró que las únicas variables significativas predictoras de suicidio tras un análisis univariante fueron la tendencia suicida, valorada con 7 puntos en la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) y la historia de intentos previos de suicidio<sup>59</sup>.

### Resumen de la evidencia

3	El riesgo de suicidio se incrementa durante el episodio de depresión mayor y en el período de remisión parcial (56).
3	Los intentos autolíticos previos por parte del paciente se asocian significativamente a la probabilidad de un futuro suicidio consumado (56, 57, 59).
3	El abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, el trastorno límite de la personalidad y los niveles altos de impulsividad y agresividad aumentan el riesgo de suicidio en varones con trastorno depresivo mayor (58).
3	Aunque la información clínica es escasa y heterogénea, hay pruebas que sugieren que existe una diferencia en los factores de riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor en relación al sexo, la edad, la gravedad y duración del episodio, el estado civil y a la comorbilidad (alcoholismo y drogadicción) (57).

### Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/>	En todo paciente con un trastorno depresivo mayor se recomienda explorar las ideas de muerte y de intención autolítica.
<input checked="" type="checkbox"/>	La historia clínica de un paciente con depresión mayor deberá recoger siempre los intentos autolíticos previos.
<input checked="" type="checkbox"/>	En pacientes con alto riesgo de suicidio se recomienda un apoyo adicional frecuente y valorar su derivación urgente al especialista de salud mental.
<input checked="" type="checkbox"/>	Deberá considerarse la hospitalización en aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio.