

Trastornos afectivos: trastornos depresivos

José Miguel Uribe-Restrepo, Carlos Gómez-Restrepo, Marcela Alzate García

Definición

Los trastornos afectivos son una serie de entidades clínicas que tienen en común la alteración del estado del ánimo. Por *estado del ánimo* se entiende un estado emocional que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, la conducta, la actividad psicomotora, las manifestaciones somáticas y en la manera como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Los síndromes afectivos oscilan entre dos polos: la manía y la melancolía. En este capítulo se analizarán los trastornos depresivos.



La *depresión* (del latín *depressus*, “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente.

En general, el paciente se ve triste, y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía (hipoérgico).

Historia

Podríamos decir que la depresión es tan antigua como la humanidad, y de ello dan cuenta el sinnúmero de escritos científicos y literarios (sobre todo de los poetas). Cronológicamente, y sin querer abarcar todo lo escrito, pasaremos a describir a algunos de los autores más representativos.

Hipócrates (460-357 a. C.)

Hipócrates describió los trastornos del afecto como de causa natural. Las emociones (los temperamentos) se basaban en el equilibrio de los cuatro humores básicos. La melancolía (depresión) indicaba un aumento de bilis negra y se describía como: “un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud”.

Cultura inca (relato del español Poma)

Poma describió así a la esposa del tercer gobernante inca: “La tercera Coya fue miserable, avarienta y mujer

desdichada, y no comía casi nada y bebía mucha chicha y por cosas insignificantes lloraba, y de puro mísera no estaba bien con sus vasallos; era triste de corazón”⁽¹⁾.

Galeno (siglo II)

El sabio griego anotó sobre los pacientes melancólicos:

Aunque cada paciente melancólico actúa bastante diferente que los demás, todos ellos muestran miedo o desesperación. Creen que la vida es mala y odian a los demás, aunque no todos quieren morir. Para algunos, el miedo a la muerte es la preocupación fundamental durante la melancolía⁽²⁾.

Constantino, el Africano (siglo XI)

Para este monje de la escuela de Salerno:

[...] la melancolía perturba el espíritu más que otras enfermedades del cuerpo. Una de sus clases llamada hipocondríaca, está ubicada en la boca del estómago; la otra está en lo íntimo del cerebro. Los accidentes que a partir de ella suceden al alma, parecer ser el temor y la tristeza. Ambos son pésimos porque confunden al alma. En efecto, la definición de la tristeza es la pérdida de lo muy intensamente amado⁽³⁾.

Robert Burton (1567-1640)

El clérigo inglés y profesor de la Universidad de Oxford Robert Burton escribió el libro *Anatomía de la melancolía*, como consecuencia de la depresión que presentaba. En 1621 publicó este famoso libro que recogió el conocimiento médico, filosófico e histórico que se tenía sobre la depresión, sus síntomas y cura hasta ese momento. Esta obra tiene tres partes: en la primera trata sobre las causas de la melancolía, sus síntomas y el lugar del cuerpo afectado; en la segunda escribe sobre la cura de la depresión, y la tercera es un análisis sobre la melancolía de origen amoroso⁽⁴⁾.

Emil Kraepelin (1856-1926)

Posiblemente, uno de los más agudos observadores en el campo de la psiquiatría; describió la manía, la melancolía, la depresión recurrente y las variaciones leves del afecto, y propuso el nombre de *enfermedad maniaco-depresiva* como la patología de base común y única a todos ellos. No obstante, posteriormente se aceptó esta denominación solo para aquellos sujetos que tendían a alternar de manera cíclica entre estados maniacos y depresivos.

Sigmund Freud (1856-1939)

Entre sus múltiples aportes, Freud describió que algunas depresiones tenían origen psicógeno y otras, biológico. Las primeras se asociarían con pérdidas de algún

tipo y la vuelta sobre sí mismo de la agresión asociada con el objeto perdido, lo que llevaría a hallazgos típicos del paciente con depresión, como culpa, autorreproche, baja autoestima e ideación suicida. En *Duelo y melancolía* refiere:

La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la disminución de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones⁽⁵⁾.

Por otra parte, anotó en este mismo escrito cómo la energía libre (libido) es retraída sobre el yo, y el sujeto se identifica con el objeto abandonado, lo que lleva a la célebre frase: “La sombra del objeto cayó así sobre el yo”⁽⁶⁾.

Autores contemporáneos

Dentro de los autores contemporáneos encontramos un sinnúmero de investigadores que han hecho aportes al tema en diferentes aspectos:

- Kurt Schneider (1887-1967): con base en la estratificación de los sentimientos de Max Scheler, desmanteló el concepto de *melancolía* y propuso la trilogía: tristeza, inhibición psíquica y motora. Por otra parte, refirió que el síntoma primario de los estados depresivos es la tristeza.
- Adolf Meyer (1866-1950): adoptó el término depresión en vez de melancolía, por el origen más biológico de la palabra depresión (*pressed down* - presionado hacia abajo).
- Aaron Beck (1967): trabaja el modelo cognitivo de la depresión.
- J. Schildkraut y otros (mediados del siglo XX): describen el papel de las aminas biógenas en los trastornos del afecto.
- Siglo XXI: un número cada vez más creciente de investigadores en todo el mundo aportan conocimientos alrededor de aspectos genéticos, biológicos, farmacológicos, epidemiológicos, psicoterapéuticos y psicosociales de estos trastornos.

Epidemiología de la depresión



Los datos más recientes de la carga de enfermedad estima que los trastornos mentales y el uso de sustancias son responsables del 7,4 % del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), de los cuales los trastornos depresivos representan el 40,5%⁽⁷⁾.

Para el 2020 se espera que la depresión sea la primera o segunda causa de carga de enfermedad global. El impacto de la depresión se debe ante todo a la disca-

pacidad que ocasiona y a los años de vida perdidos, ya sea por suicidio o por comorbilidad médica. Su inicio en una etapa temprana de la vida, el curso por lo general crónico y las dificultades que conlleva para alcanzar logros académicos y profesionales también dan cuenta de su impacto negativo⁽⁸⁾. La depresión es así mismo una causa importante de productividad perdida, dado el alto ausentismo y presentismo laboral que la acompaña, es decir que, aunque asista al lugar de trabajo, no hace nada⁽⁹⁾.

Dentro de los trastornos afectivos, la depresión y sus subtipos revisten mayor importancia en cuanto a prevalencia.

En los últimos 15 años se han llevado a cabo los mayores estudios epidemiológicos en el área de la psiquiatría. Dos de ellos, el *Epidemiologic Area Study* (ECA)^(5,10) y la *National Comorbidity Survey* (NCS)^(11,12), realizados en Estados Unidos y que utilizaron entrevistas estructuradas para obtener diagnóstico psiquiátrico, nos aportan cifras de trastornos afectivos que demuestran la importancia de estos, si se tienen en cuenta las menores prevalencias de otras entidades médicas (**tabla 42.1**).

En otros países, al usar otras metodologías⁽¹³⁾, se han encontrado prevalencias de trastornos afectivos que tienen como referente de tiempo el último mes, así: 7% para Inglaterra (Londres); 7,4% para Grecia (Atenas); 5,9% para Escocia (Edimburgo); 4,8% para Australia (Canberra), y 5,2% para Estados Unidos (ECA). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para el 2002, 154 millones de personas sufrieron de depresión en todo el mundo.

Los trastornos depresivos no son solo frecuentes en la población; en la atención primaria, diversos estudios han demostrado un promedio del 10%, esto significa que de cada 10 pacientes que asisten al médico general o familiar de nivel primario, 1 de ellos padecerá algún tipo de depresión, que, de acuerdo con algunos cálculos, se diagnostica en menos del 10% de ellos, en la mayoría de los países⁽¹⁴⁾. Sin embargo, de acuerdo con otros cómputos, en la mayoría de los casos los pacientes depresivos son tratados por médicos generales y solo del 5 al 20% son remitidos al psiquiatra⁽¹⁵⁾; de esto se puede concluir el subdiagnóstico y las bajas tasas de tratamiento a las que están sometidos los pacientes con este tipo de trastornos.

La depresión mayor tiende a afectar dos veces más a las mujeres que a los hombres; la edad de inicio, en promedio, es de los 20 a los 30 años, con un pico entre los 30 y los 50 años para mujeres, y entre los 40 y los

60 años para los hombres; así mismo, es más común entre personas viudas, divorciadas y separadas; se puede precipitar por eventos traumáticos, muerte de familiares, pérdidas económicas o eventos que sean interpretados como negativos por la persona.



La prevalencia de depresión es aún más alta en pacientes que sufren enfermedades médicas.

Algunos estudios calculan que de un 22 a un 33% de los pacientes hospitalizados la padecen: alrededor de un 40% de los pacientes con cáncer (de estos, un 50% con cáncer de páncreas y un 23% con cáncer ginecológico); un 45% de los pacientes después de un infarto agudo de miocardio (IAM); un 47% de los pacientes en las dos primeras semanas después de un evento cerebrovascular (ECV); un 42% de los pacientes con esclerosis múltiple (EM), y un 27% de las personas con hipertensión arterial^(16,17). Esto se puede observar en la **tabla 42.2**.

Por otra parte, la comorbilidad de los trastornos depresivos es frecuente, pues se encuentra gran asociación entre trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Se ha descrito que cuando el diagnóstico primario es depresión mayor, de un 42 a un 53% de los pacientes presentan cualquier trastorno de ansiedad; un 22%, ataques de pánico con agorafobia, y de un 20 a un 36%, trastorno generalizado de ansiedad.

Así mismo, la depresión mayor se asocia con fobia social en un 15 a 20% y con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de un 4 a 15%^(18,19). Además, se ha descrito que de un 10 a un 50% de los pacientes con depresión tiene abuso de alcohol⁽²⁰⁾ y otras conductas de riesgo (manejar a gran velocidad bajo efectos del alcohol, riñas frecuentes, fumar excesivamente, deportes extremos, etc.), y otras conductas como los intentos de suicidio y el suicidio consumado, que parecerían estar muy asociados con cuadros afectivos. En el caso de los suicidios, se ha descrito depresión mayor hasta en un 60% de los casos.



Los trastornos depresivos tienen un predominio de comorbilidad con los trastornos de ansiedad.

La comorbilidad durante toda la vida puede alcanzar las siguientes cifras en pacientes⁽²¹⁾ con trastorno depre-

Tabla 42.1 Prevalencia (porcentaje) durante últimos 12 meses y toda la vida de trastornos afectivos (18-54 años)

Trastornos		ECA	NCS
Cualquier trastorno afectivo	Durante 12 meses	10,1	11,1
	Durante toda la vida	14,9	19,7
Episodio depresivo mayor	Durante 12 meses	6,4	10,1
	Durante toda la vida	12,5	17,3
Distimia	Durante toda la vida	5,5	6,7

Tabla 42.2 Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades físicas

Condición	Prevalencia
Cáncer	33-42 %
Cáncer de páncreas	50 %
Síndrome de fatiga crónica	17-46 %
Dolor crónico	21-32 %
Enfermedad coronaria	16-19 %
Infarto agudo de miocardio	45 %
Demencia	11-40 %
Esclerosis múltiple	42 %
Diabetes <i>mellitus</i>	24 %
Epilepsia	55 %
Infección por VIH	30 %
Hipertiroidismo	31 %
Enfermedad de Parkinson	28-51 %
Hipertensión arterial (HTA)	27 %

sivo recurrente (depresión mayor), con los siguientes trastornos:

- El 48 % de los pacientes con trastorno de estrés post-traumático.
- El 34-70 % de los pacientes con fobia social.
- El 67 % de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.
- El 8-39 % de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizado.
- El 50-65 % de los pacientes con trastorno de personalidad.
- El 4 % con distimia.

La **tabla 42.3** muestra cómo Stein y Hollander⁽²²⁾ describen una intersección de síntomas depresivos y ansiosos de esta forma.

En Colombia, el estudio más reciente (2015) encontró una prevalencia de síntomas depresivos mediante el cuestionario de tamizaje de síntomas mentales de ado-

lescentes, jóvenes y adultos (SRQ) de 4 o más síntomas depresivos, del 19,8 % de las personas; el 23,1 % en las mujeres y el 15,1 % en los hombres. Al realizarse la Entrevista psiquiátrica diagnóstica internacional compuesta y computarizada (Composite Psychiatric Diagnosis Interview [CIDI-CAPI]) para trastornos depresivos se evidenció una prevalencia de vida del 5,4 %, con 4,4 % para hombres y 6,4 % para mujeres. Para trastorno depresivo mayor se encontró un 4,3 %, con cifras de 3,2 % para hombres y 5,4 % para mujeres. En materia de prevalencias del último año la cifra es de 1,9 %, con 2,7 % para mujeres y 1,2 % para hombres⁽²³⁾.

En lo económico, algunos datos de 1993 demuestran que la depresión tiene un alto costo. Para los Estados Unidos se calculó el costo anual de la depresión en 43,7 billones de dólares, de los cuales un 5 % se debe a una disminución en la productividad y el ausentismo laboral del enfermo; un 23 % depende de los cuidados médicos, psiquiátricos y farmacológicos, y un 17 %, del costo asociado con los suicidios por depresión⁽²⁴⁾.

Factores etiológicos

Para los trastornos afectivos se han descrito diversos factores etiológicos: genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (**cuadro 42.1**).

Genéticos

Se ha demostrado cierta influencia genética en los trastornos afectivos mayores (trastornos bipolares y trastorno depresivo mayor), que parece asociarse con una aparición más temprana de la patología y de la depresión mayor con episodios recurrentes. En ambos trastornos se ha encontrado una mayor frecuencia de presentación (concordancia) en gemelos monocigóticos (60 %) y dicigóticos (12 %). Sin embargo, se tiene claro que el patrón de transmisión no es único y que es posible que existan varias formas para ello⁽²⁶⁾. Los estudios más recientes de asociación genómica más amplia muestran una combinación de factores en varios trastornos mentales^(27,28).

Tabla 42.3 Intersección de síntomas depresivos y ansiosos

Depresión	Intersección-combinación	Ansiedad
Afecto depresivo Anhedonia	Irritabilidad Aprehensión Pánico	Hipervigilancia
Rumiación sobre el pasado	Negatividad Rumiación/temor	Temores sobre el futuro
Pérdida de interés	Retraimiento social Angustia	Agorafobia
Retardo	Agitación	
Pérdida o ganancia de peso	Insomnio Disminución de la concentración Dolor crónico Malestar gastrointestinal Fatiga	

Fuente: Elaboración propia a partir de Stein y Hollander⁽²²⁾.

Cuadro 42.1 Factores de riesgo para depresión

- a. Personas con historia previa de episodio depresivo.
- b. Historia familiar de depresión.
- c. Personas con problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes, pobreza, exposición a violencia, desplazamiento.
- d. Abuso y dependencia de sustancias, incluidos alcohol y cigarrillo.
- e. Personas que consultan a menudo el sistema de salud.
- f. Personas con enfermedades médicas crónicas; especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos).
- g. Otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad).
- h. Épocas de cambios hormonales (embarazo y menopausia).
- i. Historia de intentos de suicidio.
- j. Sedentarismo.
- k. Pérdida o separación temprana de la madre.
- l. Vivir en área urbana.
- m. Malas relaciones interpersonales.
- n. Edad entre 25-44 años y mayores de 60 años.
- o. Duelos, muertes o pérdidas en la familia.

Fuente: Adaptado y modificado de Gómez-Restrepo C, et al.⁽²⁵⁾



La heredabilidad de la depresión estimada a partir de un metaanálisis de gemelos es del 37%, y el 63% de la varianza corresponde a factores ambientales no compartidos⁽²⁹⁾.

Los modelos recientes también destacan el papel de los mecanismos epigenéticos asociados con la depresión mayor y otros trastornos mentales⁽³⁰⁾.

Biológicos



El estudio de la neurobiología de la depresión ha evolucionado desde un enfoque en neurotransmisores únicos a un modelo de circuitos neurales, que incluye mecanismos más complejos. Los factores genéticos y epigenéticos, y su interacción con eventos sociales adversos, estrés temprano o repetitivo y redes de apoyo social, también se incluyen en un modelo más integral.

Se ha postulado la hipótesis de las aminas biógenas, en la cual los trastornos depresivos se asociarían con un déficit de algunos de estos neurotransmisores (indolamina, serotonina, y catecolaminas, norepinefrina y dopamina), mientras que en la manía puede haber un exceso de ellos. Sin embargo, es en excesivo simplista y errado afirmar que la depresión se debe solo a un déficit en determinado neurotransmisor, sin tener en cuenta otros mecanismos.

Respecto a la influencia de las catecolaminas, existen las siguientes pruebas:

- Varios medicamentos que son antidepresivos, como las anfetaminas, los tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRSN) y los inhibidores de la monooxidasa (IMAO), aumentan el nivel de las catecolaminas a escala sináptica.
- Algunas drogas que disminuyen las catecolaminas (reserpina, metildopa y propanolol) aumentan o causan depresión.

- Los metabolitos de las catecolaminas, como el 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol (MHPG), están disminuidos en la orina y el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con depresión.

Respecto a la vinculación de la serotonina, existen estas pruebas (hipótesis serotoninérgica):

- Algunos antidepresivos que potencian la serotonina, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), los antidepresivos atípicos y algunos tricíclicos aumentan la serotonina.
- Bajas concentraciones del metabolito de la serotonina, el hidroxindolacético (5-HIAA), se encuentran en la orina y LCR de pacientes depresivos y en quienes mueren por suicidio.

Acerca de la asociación con la dopamina:

- Existe una reducción del metabolito de la dopamina (HVA-ácido homovanílico) en el LCR de los pacientes con depresión.
- Existe un incremento del HVA en el LCR de pacientes con depresión psicótica (delirante).
- Algunos antidepresivos que aumentan la dopamina mejoran la depresión.

Por otra parte, se ha vinculado una dominancia del sistema colinérgico (Ach) en los trastornos afectivos, basándose en que:

- Los inhibidores de la colinesterasa inducen depresión.
- La latencia del sueño REM (inducido por acetilcolina) está disminuido en pacientes depresivos.
- Los inhibidores de la colinesterasa (fisostigmina) pueden disminuir transitoriamente los síntomas maniacos.

En los últimos años se han descrito otros factores biológicos asociados con los trastornos afectivos, como alteraciones en la cantidad y sensibilidad de los receptores pre- y postsinápticos de estos neurotransmisores, así como alteraciones en el sistema GABA, en la actividad de la MAO plaquetaria y en neuropéptidos, como la vasopresina y los opioides endógenos, en la patofisiología de estos trastornos.

Se han asociado múltiples enfermedades con trastornos depresivos y en algunos casos como aquellos que comprometen el sistema endocrino (*cushing*, hipotiroidismo, hipertiroidismo, suplenia estrogénica y periodo posparto); por eso, se ha sugerido una influencia de este sistema en los trastornos del afecto. Al respecto, existen los siguientes indicios:

- La aplicación de insulina lleva a una respuesta baja de la hormona de crecimiento (GH) en pacientes depresivos mayores.
- Disminución de la secreción de la hormona de crecimiento durante el sueño.
- Existe una hipersecreción de cortisol en muchos pacientes depresivos, posiblemente debido a una disminución de la norepinefrina, que a su vez inhibe el CRF (factor liberador de corticotropina).
- Del 40 al 50 % de los pacientes depresivos tienen una respuesta positiva al test de supresión de dexametasona (aumento del cortisol y ausencia de respuesta a la supresión del cortisol al administrar dexametasona) y un 50-60 % de la prueba de supresión de dexametasona al CRF.
- El aumento de los glucocorticoides disminuye la actividad del factor de crecimiento neuronal con disminución del tamaño de las neuronas y del tejido glial.
- Los síntomas afectivos son comunes en hipo- e hipertiroidismo.
- En el test de TRH existe una respuesta aplanada o disminuida de la TSH y en algunos casos, una respuesta anormal positiva de la GH.

Por último, en lo que respecta a los factores biológicos, se encuentran alteraciones en el ritmo circadiano, dadas por:

- Depresión, acompañada por cambios en el sueño:
 - Patrón de sueño alterado, con insomnio de predominio matinal. No obstante, puede verse insomnio mixto o hipersomnia.
 - Disminución del número de horas de sueño.
 - Disminución de la latencia del sueño de movimientos oculares rápidos (REM, por sus siglas del inglés) (Véase el **capítulo 19** “Estudios de sueño (polisomnografía)”).
 - Aumento de la cantidad de REM en la primera mitad de la noche.
- Existen trastornos depresivos estacionales que mejoran con aplicación de luz artificial o cuando cambia la estación.
- Circuitos neurales y depresión: las áreas corticales involucradas en la depresión son la corteza prefrontal

medial y dorsal, la corteza del cíngulo dorsal y frontal, la corteza orbitofrontal y la ínsula. En la corteza prefrontal se ha encontrado una disminución del metabolismo que puede ser en parte responsable del compromiso cognitivo observado en personas con depresión. La estimulación magnética transcraneal (EMT) y los antidepresivos reversan este hipometabolismo prefrontal. En la corteza del cíngulo anterior (CCA) y subgenual se ha identificado también una disminución del metabolismo. Otras dificultades cognitivas de la depresión, como la resolución de estímulos emocionales conflictivos y de valencia negativa, se relacionan con la CCA. Por otra parte, la CCA y subgenual tiene conexiones extensas con el sistema límbico y con la corteza prefrontal involucradas también en la regulación del ánimo, y tienen referencias hacia el hipotálamo y los sistemas endocrinos y autonómicos, lo cual explica su papel en la regulación del estrés^(31,32). Finalmente, la ínsula participa en la experiencia de emociones negativas.

En las regiones límbicas subcorticales, la investigación se ha centrado en el hipocampo, la amígdala y el tálamo dorsomedial. En particular, se ha encontrado una disminución del volumen del hipocampo en personas con depresión crónica, el cual puede ser un factor que predice mayor probabilidad de recaídas. Se cree que el estrés es el factor crítico que explica la disminución del volumen y de la neurogénesis en el hipocampo. Los antidepresivos, por su parte, pueden aumentar la neurogénesis en el hipocampo⁽³³⁾.

Estos hallazgos de alteraciones en estructuras cerebrales deben ser complementados con un estudio de los circuitos y conectividad entre áreas cerebrales. Por ejemplo, se ha observado que la disminución del metabolismo prefrontal guarda relación complementaria con el aumento de la actividad en regiones límbicas (circuito corticolímbico)⁽³⁴⁾. Otro de los circuitos que desempeña un papel en la depresión es el circuito amígdala-estriado-pálido-talámico-cingulado, al igual que circuitos intracorticales⁽³⁵⁾.

Los tratamientos de estimulación, incluyendo la terapia electroconvulsiva (TEC), la EMT repetitiva y la estimulación cerebral profunda (ECP), actúan sobre estos circuitos.

No hay, entonces, una “geografía cerebral” o mapa cerebral único en la depresión, sino una serie de anomalías en la interacción funcional de distintas redes o circuitos neurales. El origen de la alteración funcional en los circuitos no es claro aún; es posible que los cambios en los neurotransmisores ya descritos ejerzan un efecto sobre estas vías. Las diferencias en estos patrones también pueden ayudar a dividir en grupos los síntomas depresivos y en la respuesta a tratamientos. Por otra parte, la acción de los antidepresivos se puede entender como una reactivación de la plasticidad neural como consecuencia de la activación de genes, a su vez resultado del aumento de las catecolaminas sinápticas y su efecto sobre receptores sinápticos^(36,37).

Psicosociales

Se ha descrito una serie de factores de riesgo para las diferentes condiciones de los aspectos psicosociales, por eso algunos de los más relevantes se describen en la **tabla 42.4**. También, se ha descrito la influencia de factores psicológicos en la aparición de trastornos afectivos de tipo depresivo, como aquellos relacionados con las pérdidas reales o imaginarias, introyección de objetos perdidos, circunstancias vitales estresantes (véase el apartado Entrenamiento en relajación del **capítulo 86** “Otros abordajes en psicoterapia breve”), agresión vuelta contra sí mismo, discrepancias entre los ideales y la realidad, deprivaciones tempranas (por ejemplo, separaciones tempranas de la madre, pérdida de los padres antes de los 20 años), rasgos de personalidad de tipo obsesivo (histéricos o dependientes), sentimientos incrementados de desesperanza (desesperanza aprendida), modelos cognitivos (en los cuales se aprenden esquemas depresógenos en los que se vivencia el mundo negativamente) y traumas en la infancia, como el abuso sexual, se asocian con depresiones más tempranas, entre otros.

Clasificación

Los trastornos depresivos son varios y se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación internacional de las enfermedades, décima edición (CIE-10), así:

1. Episodios depresivos: es el equivalente a trastorno depresivo mayor del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos, quinta versión (DSM-5). Se define

como un episodio que puede ser de cuatro tipos, de acuerdo con su intensidad:

- Episodio depresivo leve.
 - Episodio depresivo moderado.
 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
 - Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
2. Trastorno depresivo recurrente: equivalente al trastorno depresivo mayor del DSM-5. Se divide en cinco tipos de manera similar al episodio, así:
- Con episodio actual leve.
 - Con episodio actual moderado.
 - Con episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
 - Con episodio actual grave con síntomas psicóticos.
 - Actualmente en remisión.
3. Trastornos afectivos (del humor) persistente: son levemente fluctuantes en el tiempo. Se describen dos tipos:
- Distimia: trastorno depresivo persistente o distimia en el DSM-5.
 - Ciclotimia (véase el **capítulo 44** “Trastornos afectivos: trastornos bipolares”).
4. Otros trastornos del afecto (algunos son tomados del DSM-5).
- Trastornos del afecto secundarios:
 - Enfermedad médica.
 - Inducido por sustancias o medicamentos.
 - Otras formas de trastornos afectivos:
 - Depresión atípica.
 - Disforia posparto (*maternity blues*).
 - Depresión posparto.

Tabla 42.4 Episodio depresivo (episodio depresión mayor) en el CIE-10 o trastorno depresivo mayor (DSM-5)

A. Criterios generales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Duración mínima de dos semanas. 2. No hay síntomas para llenar los criterios de episodio maniaco o hipomaniaco en ningún periodo de la vida. 3. No atribuible a síndrome mental orgánico ni al uso de sustancias psicoactivas.
B. Síntomas típicos (presencia de 2 de los 3 síntomas. Para el DSM-5: 1 de los 2 primeros)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ánimo depresivo en un grado definitivamente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día, casi todos los días y por espacio de por lo menos dos semanas. 2. Pérdida de interés o placer en actividades que normalmente son placenteras. 3. Disminución de la energía o incremento de la fatigabilidad.
C. Síntomas adicionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse, tales como vacilación o indecisión. 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (de carácter tanto subjetivo como objetivo). 6. Cualquier tipo de alteración del sueño (insomnio o hipersomnía) 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución), con el correspondiente cambio de peso (refiere el DSM-5 un cambio del 5 % del peso en el último mes). 8. Una perspectiva sombría del futuro (en el DSM-5).
<p>Nota: se suman los síntomas del apartado B (síntomas adicionales) y del apartado C (síntomas típicos); si la cantidad de estos síntomas es 4 o 5, se cataloga como episodio o trastorno depresivo leve; si es 6 o 7, episodio o trastorno depresivo moderado, y si es 8 o más, episodio depresivo grave.</p>	

Fuente: CIE-10 y DSM-5.

- Síndrome mixto de ansiedad y depresión.
- Melancolía.
- Depresión doble.
- Depresión enmascarada.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Depresión bipolar (véase el **capítulo 44** “Trastornos afectivos: trastornos bipolares”).

Clínica y diagnóstico

Existen ciertas características esenciales para diagnosticar cuadros depresivos. Dentro de los rasgos fundamentales, cabe resaltar los aspectos explorados a continuación.

Afecto (ánimo)

Dentro de la dimensión del afecto, en los cuadros depresivos se puede encontrar tristeza, deseos de llorar, disminución de la reactividad a eventos externos, pérdida de placer e interés por actividades usualmente placenteras, baja autoestima, apatía, sensación de vacío, tensión, ansiedad, irritabilidad o frustración. En los niños o los adolescentes es más común encontrar irritabilidad.

Pensamiento y cognición

En los trastornos depresivos se puede encontrar disminución de la concentración, baja productividad, enlentecimiento del pensamiento y del lenguaje, dificultad para tomar decisiones, culpa inapropiada, indecisión, pesimismo, desesperanza, ideas de minusvalía, ideación de muerte o suicida. Pueden coexistir síntomas psicóticos, como alucinaciones o ideas delirantes, que pueden o no estar de acuerdo con el estado de ánimo. En caso de los delirios, estos pueden ser de tipo depresivo; esto es, con temáticas de culpa, ruina, muerte y minusvalía.

El estudio de los efectos de la depresión sobre las funciones cognitivas ha sido un tema cada vez más estudiado. En efecto, los déficits cognitivos asociados con el ánimo depresivo permiten entender mejor los efectos negativos de la depresión sobre el desempeño funcional en diversas áreas⁽³⁸⁾. Vale la pena recordar que la cognición se compone de varias funciones, como la atención, la memoria episódica y verbal, la velocidad del procesamiento y la función ejecutiva. Se ha descrito un compromiso global de la función cognitiva, aunque es posible que algunas funciones mejoren más con el tratamiento que otras. Estudios recientes sugieren que la función ejecutiva y la flexibilidad cognitiva mejoran con la respuesta al tratamiento; sin embargo, otras áreas cognitivas no lo hacen, a pesar de la mejoría clínica en la depresión⁽³⁹⁾. Esta es un área que requiere mayores estudios y modalidades terapéuticas novedosas, dada su importancia para una plena recuperación de la depresión.

Actividad psicomotora

Por lo general, en los cuadros depresivos se evidencia un retardo; no obstante, en algunos casos puede obser-

varse agitación, inquietud e hiperactividad sin propósito, sobre todo en personas de edad y en asocio con cuadros de melancolía.



El retardo psicomotor se caracteriza por lentitud en los movimientos, estupor o en algunos casos catatonia, pobre comunicación y con bajo tono.

Manifestaciones somáticas

En los cuadros depresivos se encuentra insomnio o hipersomnia, disminución o aumento del apetito con sus consecuencias respectivas en el peso, disminución de la actividad sexual, disminución de la vitalidad, fatigabilidad, disminución de la energía. Por otra parte, una serie de quejas somáticas, como dolores de cabeza, espalda y de otras partes del cuerpo, pesadez en las extremidades, quejas gastrointestinales, cardiovasculares, etc.



Para el diagnóstico de los diferentes trastornos afectivos es importante tener en cuenta los criterios establecidos para ellos en la CIE-10, que guardan muchas semejanzas con los esbozados por el DSM-5.

Estos se muestran en la **tabla 42.4**.

Los episodios depresivos se convierten en trastorno depresivo recurrente cuando, además del episodio actual, ha habido por lo menos un episodio depresivo leve, moderado o grave, con una duración mínima de dos semanas y separado del nuevo episodio al menos por dos meses libres de cualquier alteración significativa del ánimo. Este requerimiento es abolido del DSM-5, en el que requiere solamente 1 episodio para ser catalogado de trastorno.

Por otra parte, se puede precisar, en el marco del episodio o trastorno depresivo recurrente (trastorno depresivo mayor) leve o moderado, la presencia o no del llamado síndrome somático si están presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades normalmente placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional.
- Despertarse en la mañana dos o tres horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento o agitación psicomotora.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida del 5 % o más del peso corporal en el último mes.
- Notable disminución de la libido.

Se clasifica el episodio depresivo o el trastorno depresivo recurrente grave, con síntomas psicóticos, si existe cualquiera de los siguientes:

- Ideas delirantes o alucinaciones diferentes a las descritas habitualmente para esquizofrenias. Los contenidos más frecuentes de tipo depresivo son: de culpa, hipocondriaco, nihilista (ruina), autorreferencial o persecutorio.
- Estupor depresivo.

Distimia (trastorno depresivo persistente)

Llamada anteriormente neurosis depresiva. Es una depresión de características persistentes (no episódica), pero de menor intensidad que la depresión mayor.

Criterios generales

- Por lo menos dos años de estado de ánimo depresivo constante o recurrente constantemente (de acuerdo con el DSM-5, en niños y adolescentes la duración debe ser de un año).
- Periodos de estado de ánimo normal rara vez mayores a algunas semanas; sin episodios de hipomanía.
- Ninguno o muy pocos episodios depresivos durante los dos años llenan los criterios para trastorno depresivo recurrente (DSM-5).

Síntomas

Durante por lo menos algún periodo de depresión, mínimo tres de los siguientes síntomas deben estar presentes:

- Disminución de la energía o actividad reducida.
- Insomnio.
- Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad.
- Dificultad para concentrarse.
- Llanto fácil.
- Pérdida del interés o dificultad para disfrutar el sexo u otras actividades placenteras.
- Sentimientos de desesperanza o desesperación.
- Percepción de inhabilidad para asumir las responsabilidades del diario vivir.
- Pesimismo sobre el futuro o rumiación sobre el pasado.
- Aislamiento o retraimiento social.
- Disminución de la locuacidad.

Trastornos del afecto secundarios

Existen dos: por enfermedad médica y el trastorno inducido por sustancias. En estos dos grupos, la característica primordial es que los síntomas depresivos pueden explicarse con mayor claridad por una enfermedad médica (véase la **tabla 42-2** para algunos ejemplos) o por el uso de sustancias como las señaladas en el **cuadro 42.2**.

Otras formas de trastornos depresivos

Depresión atípica



La depresión atípica es un tipo de depresión que se observa más en personas jóvenes y con una frecuencia tres veces mayor en mujeres.

Tiene como características primordiales: ser muy reactivo al medio (hipersensibilidad al rechazo), aumento del apetito o de peso, ansiedad, síntomas vegetativos, hipersomnia y sensación de pesadez en brazos y piernas (parálisis de plomo).

Disforia posparto (*maternity blues*)



Es el trastorno del afecto de menor intensidad que se da en el posparto, y en el 60 al 80% de las mujeres puerperas. Se inicia en el segundo o tercer día del posparto y suele remitir espontáneamente durante la primera semana; en ocasiones persiste hasta el día 15 posterior al parto.

Se caracteriza por tristeza, llanto, irritabilidad, falta de energía, insomnio global, intermitente o matinal, ansiedad, cefalea y cuestionamientos acerca de su habilidad para cuidar al recién nacido. Una quinta parte de las mujeres pueden desarrollar depresión posparto o cuadros de mayor gravedad (psicosis posparto).

Este cuadro se presenta por disminución abrupta de los estrógenos y la progesterona luego del parto. Así mismo, se han asociado a este cuadro antecedentes personales o familiares de depresión, pobre red de apoyo, conflictos de pareja y patrones de crianza sobreprotectores. Por lo general, remite espontáneamente, y requiere psicoeducación y un buen acompañamiento por parte de la pareja.

Cuadro 42.2 Sustancias asociadas con trastornos del afecto

Alcohol
Alucinógenos
Anfetaminas o sustancias con acción similar (éxtasis)
Cocaína, bazuco
Esteroides
Fenciclidina
Inhalantes
Opiáceos
Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos (benzodiazepinas)
Antihipertensivos (clonidina, propranolol, tiazidas, reserpina)
Hormonas (anticonceptivos, esteroides)
Interferón
Cimetidina, ranitidina
Antiinflamatorios no esteroideos
Antineoplásicos

Depresión posparto



Dada la dificultad en establecer una diferencia nítida entre la depresión durante el embarazo y en el posparto, se ha adoptado recientemente el término *depresión perinatal*, definida como episodios de depresión mayor que ocurren ya sea durante el embarazo o en el primer año posparto.

Además, casi la mitad de los casos de depresión posparto se originan durante el embarazo⁽⁴⁰⁾. La prevalencia de depresión perinatal oscila entre 7 y 20 %, pero puede aumentar hasta el 35 o 40 % en mujeres con mayor riesgo⁽⁴¹⁾. Los factores de riesgo para la depresión perinatal son historia previa de depresión, falta de apoyo psicosocial, madres solteras, adversidad socioeconómica y exposición a violencia doméstica o eventos traumáticos^(42,43). La presencia de depresión materna durante el embarazo y en los primeros años de vida se ha asociado con desenlaces adversos para el infante⁽⁴⁴⁾. Ello refuerza la importancia de detectar y tratar la depresión perinatal, teniendo en cuenta además que hay evidencia de la efectividad de tratamientos psicosociales en la prevención de esta⁽⁴⁵⁾.

La depresión posparto se manifiesta por un cuadro depresivo de mayor intensidad que la disforia posparto; es asociada con síntomas vegetativos atípicos, con hipersomnia y aumento del apetito; así mismo, presenta irritabilidad e ideas de autodestrucción, sentimientos de culpa, miedo e incapacidad para asumir las labores maternas, rechazo al recién nacido, y en ocasiones se puede llegar a ideación suicida o a síntomas que pueden resultar en psicosis posparto. Este cuadro de tipo psicótico puede revestir características mixtas (maniacas y depresivas), presenta agitación, labilidad emocional, delirios, alucinaciones, confusión, perplejidad, desorientación, y supone un grave riesgo de filicidio, por las conductas autodestructivas e impulsivas que presenta. Tiene estrecha relación con trastornos bipolares posteriores. Se calcula que la mitad de mujeres con trastorno bipolar pueden desarrollar episodios maniacos o depresivos en el posparto y que esta psicosis se presenta en 1 a 2 por cada 1.000 mujeres.

Síndrome mixto de ansiedad y depresión



El síndrome mixto de ansiedad y depresión aparece cuando se presentan síntomas depresivos y ansiosos, pero en ninguno de los dos casos revisten la magnitud para diagnosticar trastornos depresivos o ansiosos de manera independiente.

Habitualmente, se acompañan de síntomas autonómicos (boca seca, visión borrosa, temblor, palpitaciones, etc.). Existen, así mismo, muchos síntomas que se presentan en cuadros depresivos y ansiosos, como irritabilidad, aprehensión, negatividad, rumiación, retraimiento social, agitación, insomnio, fatiga, dificultades en la concentración, que deben ser buscados en el síndrome mixto de ansiedad y depresión. La presencia de síntomas de

ansiedad en pacientes con depresión se asocia con una menor respuesta al tratamiento, tanto con antidepresivos como con terapia cognitiva⁽⁴⁶⁾.

Melancolía

La melancolía se caracteriza por una pérdida grave del interés y placer en actividades que son habitualmente agradables, pérdida de la reactividad a sucesos normalmente placenteros, insomnio de madrugada, gran depresión en las mañanas, retardo o agitación psicomotoras, pérdida del apetito, de peso y de la libido, y culpabilidad grave o inapropiada.

Depresión doble

La depresión doble es un tipo de depresión en la cual, sobre un cuadro de distimia, se presentan episodios depresivos mayores.

Depresión psicótica (episodio o trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos)

La depresión psicótica es aquella depresión mayor en la cual hay síntomas psicóticos.



Por lo general, se presentan delirios de tipo depresivos: ruina, culpa o muerte. Las ideas delirantes de ruina y muerte pueden hacer referencia al propio cuerpo, lo que lleva al síndrome de Cotard, en el cual puede sentir que el cuerpo está muerto o que alguna parte no funciona (por ejemplo, tengo todo muerto por dentro, mi corazón no funciona, siento que mi intestino está muerto o no funciona, etc.).

Depresión enmascarada

La depresión enmascarada es un cuadro depresivo que se manifiesta por medio de síntomas somáticos, como cefalea, lumbagos, dolores indiferenciados, fatiga, problemas gastrointestinales, cambios en el apetito y trastornos del sueño, que pueden ser difíciles de diagnosticar como cuadros depresivos en primera instancia y requieren sospecha y habilidad por parte del clínico.



Por lo general, se presenta en personas que tienden a expresar sus emociones (en este caso la depresión) por medio de vías no verbales, que tienen menor introspección acerca de lo psicológico, mayores dificultades con la nominación de emociones (alexitimia), así como grados más bajos de educación y, en ciertos casos, mayoría de edad.

Trastorno disfórico premenstrual

Se caracteriza por síntomas de depresión, ansiedad y/o labilidad emocional durante la última semana de la

fase luteínica o progestacional (que se inicia después de la ovulación y culmina con el inicio de la menstruación). Aun cuando más de dos tercios de las mujeres presentan síntomas durante la fase luteínica, solo un 3 a 8 % de las mujeres en edad reproductiva informan síntomas disfóricos, irritabilidad y labilidad del humor, que bloquean las relaciones interpersonales habituales de las mujeres que lo presentan.

Depresión bipolar

Es aquella depresión que se da en el marco de una enfermedad bipolar. Tiene las características de un episodio depresivo mayor y puede virar hacia el polo expansivo (hipomaniaco o maniaco) o mixto cuando se trata con antidepresivos (véase el **capítulo 44** “Trastornos afectivos: trastornos bipolares”).

Exámenes paraclínicos

En términos generales, el diagnóstico de los cuadros anteriormente descritos es clínico, ya que no hay hallazgos de laboratorio típicos. No obstante, en ocasiones se requiere descartar enfermedades somáticas que puedan estar en la base del trastorno. En estos casos, los laboratorios dependerán de la sospecha del clínico.

Por lo general, se realizan los laboratorios de rutina (cuadro hemático, pruebas de funcionamiento renal como creatinina y nitrógeno ureico) y pruebas tiroideas, antes de iniciar medicamentos antidepresivos o moduladores del afecto en caso de requerirse (por ejemplo, depresión bipolar o terapia de aumentación en un paciente con depresión refractaria); y electrocardiograma (EKG) si se van a iniciar antidepresivos tricíclicos en personas mayores de 45 años.

En cuanto a las depresiones refractarias (que no responden al tratamiento), se pueden realizar:

- Neuroimágenes: resonancia nuclear magnética del cerebro, escanografía cerebral o tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT), de acuerdo con la conveniencia (véase el **capítulo 20** “Neuroimágenes en psiquiatría”).
- Pruebas de tiroides: TSH y T4 libre.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos depresivos deben diferenciarse de:

- Trastornos de ansiedad: pueden semejar depresiones agitadas; sin embargo, en muchos casos coexisten síndromes de ansiedad y depresión.
- Depresión bipolar: en ausencia de un antecedente claro de manía o de episodios de hipomanía es difícil distinguir un episodio depresivo unipolar de uno bipolar durante las fases iniciales de los cuadros clínicos. Hay mayores probabilidades de bipolaridad

en cuadros depresivos graves que se inician en el puerperio, depresiones con un inicio temprano en la vida, psicosis, y la presencia de compromiso psicomotor prominente y labilidad afectiva⁽⁴⁷⁾.

- Duelo normal (véase el **capítulo 70** “Duelo”): el proceso de duelo puede coexistir con un trastorno depresivo, por lo cual es importante tener en cuenta la sintomatología y la historia de depresiones previas.
- Demencias de diverso tipo: son entidades con las cuales los trastornos depresivos coexisten con la demencia o se semejan (pseudodemencia depresiva: cuadro similar a la demencia, pero suscitada por depresión, en la que los síntomas cognitivos se resuelven con la mejoría de la depresión). Es frecuente que casos de demencia cursen con síntomas depresivos y alteraciones en el comportamiento durante las fases iniciales. Además, la depresión de inicio tardío que cursa con cambios cognitivos marcados y que amerita un diagnóstico diferencial con pseudodemencia en su mayoría evoluciona hacia la demencia, no así los casos de depresión y cambios cognitivos leves^(48,49). Son necesarias una cuidadosa historia clínica y una evaluación adecuada, incluyendo pruebas neuropsicológicas, para establecer estos diagnósticos diferenciales (véase el **capítulo 55** “Enfermedades neurodegenerativas”).
- Enfermedades con síntomas semejantes a la depresión (por ejemplo, algunos síntomas del cáncer, insuficiencia renal crónica, etc.): muchas de estas pueden presentar comorbilidad con trastornos afectivos.
- Hipotiroidismo o hipertiroidismo.
- Uso crónico de sustancias psicoactivas o medicamentos (alcohol, barbitúricos, antihipertensivos que afectan las aminas centrales, interferón, etc.).
- Trastornos por somatización o esquizofrenias incipientes.
- Los mismos trastornos de depresión (distimia frente a depresión mayor, bipolar frente a unipolar, etc.).

Tratamiento

Para una presentación más detallada del abordaje terapéutico, se recomienda consultar las guías de práctica clínica que han sido elaboradas basadas en la revisión sistemática de la evidencia y que tienen alta concordancia entre ellas^(25,50,51).

Generalidades



El objetivo del tratamiento de la depresión es lograr la remisión; es decir, la ausencia de síntomas y no solo una respuesta positiva, definida como la reducción de los síntomas en un 50 %.

Alcanzar la remisión no solo implica un mejor funcionamiento para la persona, sino que también disminuye la probabilidad de recurrencia y cronicidad; en particular,