

Trastorno Depresivo Mayor

Epidemiología

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

Etiología

Desconocida. Multicasual. Los factores causales pueden dividirse en forma artificial en biológicos, genéticos y psicosociales.

Teoría biológica: Aminas biogénicas; trastornos de la noradrenalina (disminución), serotonina (disminución), dopamina (disminución) y en el GABA (disminución). Neuroendocrina; trastornos en el eje adrenal y en el eje tiroideo.

Teoría genética: es de 1-1,5 veces más probable que los parientes de 1º grado de los pacientes que sufren trastornos del estado de ánimo sufran el mismo trastorno. Heredabilidad: en gemelos monocigotos existe un riesgo de 50-75% más. En gemelos dicigotos existe un riesgo de 50% más.

Teoría Psicosociales: sucesos vitales y factores estresantes.

Cuadro clínico

- Humor deprimido.
- Anhedonia.
- Pérdida de energía (97% de los casos).
- Trastornos del sueño (80% de los casos).
- Ansiedad (90% de los casos).
- Trastornos del apetito.
- Trastornos sexuales.
- Síntomas cognitivos (80% de los casos).
- Quejas somáticas.

Síntomas clínicos:

El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes, desesperanzados, sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Los pacientes describen con frecuencia el síntoma como un dolor emocional que es una agonía, a veces se quejan de incapacidad para llorar. Dos tercios de los pacientes de palmea el **suicidio** y el 15% llegan a cometerlo. Casi todos los pacientes manifiestan una pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas cotidianas, empeora el rendimiento escolar y laboral. Disminuye la motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80% de los pacientes presenta dificultades para dormir, en especial despertar precoz (insomnio terminal) y múltiples despertares. Algunos pacientes presentan hipersomnia, que sumado a aumento del apetito y ganancia de peso constituyen síntomas atípicos. La ansiedad es un hecho común (incluye crisis de pánico) suele complicar el tratamiento del trastorno depresivo sumado al abuso de alcohol. Un 50% de los pacientes empeora a la mañana con mayor gravedad de los síntomas y se alivia a medida que pasa el día. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos

sujetos tienen que esforzarse por comer. Los cambios psicómotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicómotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Muchos refieren capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor.

Curso

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio.

Diagnóstico diferencial

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

Hallazgos polisomnográficos

Los hallazgos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche.

Psicosemiología:

Descripción general: retardo psicomotor generalizado. Bradipsiquia.

Humor, afectividad y sentimientos: depresión.

Lenguaje: disminución de la velocidad y del volumen del discurso.

Alteraciones perceptivas: delirios y alucinaciones (en el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos). Congruentes ó incongruentes con el estado de ánimo.

Pensamiento: negativismo. Rumiaciones. Bloqueos (10% de los casos).

Sensorio y cognición: orientación conservada. Memoria alterada: pseudodemencia (50-70% de los casos).

Control de los impulsos: Suicidio 15%. Ideación de suicidio en el dos tercio de los casos.

Juicio y percepción interna: Conservada. Exagerada.

Fiabilidad: sobrevalora lo malo.

Curso y pronóstico:

Inicio: 50% de los casos antes de los 40 años.

Duración: 6 a 13 meses sin tratamiento. 3 meses con tratamiento.

Pronóstico: tiende a ser crónico. 25% recurren en los primeros 6 meses. 50% recurren en los primeros 2 años. 50-75% recurren en los primeros 5 años. Incidencia de recaídas es menor con profilaxis antidepresiva.

Buen pronóstico: episodios leves, de cortas duración y sin síntomas psicóticos. Sólidas relaciones internacionales en la adolescencia. Familia estable. Ausencia de comorbilidad psiquiátrica. Edad de inicio avanzada.

Mal pronóstico: Coexistencia con distimia. Alcoholismo y abuso de sustancias. Trastornos de ansiedad. Trastornos depresivos previos.

Criterios para el episodio depresivo mayor
A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4) insomnio o hipersomnia casi cada día.
5) agitación o enlentecimiento psicómotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ej., hipotiroidismo).
E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.