

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida (rEMT).

(Véase también [Generalidades sobre los trastornos del estado de ánimo](#)).

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th ed, Text Revision ([1](#)) se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- [Trastorno depresivo mayor](#) (a menudo denominado depresión)
- [Trastorno depresivo persistente](#) (distimia)
- [Otro trastorno depresivo especificado o no especificado](#)

Otros son clasificados por la etiología:

- [Trastorno disfórico premenstrual](#)
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo a mediados de la adolescencia, en la tercera y la cuarta década de la vida (véase también [Trastornos depresivos en niños y adolescentes](#)). En la atención primaria, aproximadamente el 13% de los pacientes tiene un diagnóstico de depresión ([2](#)).

Desmoralización y pena

El término depresión se utiliza a menudo para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de decepciones (p. ej., crisis financieras, catástrofes naturales, enfermedades graves) o pérdidas (p. ej., el fallecimiento de un ser querido). Sin embargo, los términos más adecuados para estos estados de ánimo son la desmoralización y la pena.



Los sentimientos negativos de desmoralización y dolor, a diferencia de los de la depresión, hacen lo siguiente:

- Ocurren en oleadas que tienden a estar ligadas a pensamientos o recordatorios del evento incitante
- Se resuelven cuando las circunstancias o los eventos mejoran
- Se pueden intercalar con períodos de emoción positiva y humor
- No están acompañados por sentimientos generalizados de inutilidad y autodesprecio

El estado de ánimo deprimido dura habitualmente días en lugar de semanas o meses, y los pensamientos suicidas y la pérdida prolongada de la funcionalidad son mucho menos probables.

Sin embargo, los eventos y los factores de estrés que inducen la desmoralización y la pena también pueden precipitar un [episodio depresivo mayor](#), particularmente en personas vulnerables (p. ej., aquellas con antecedentes o antecedentes familiares de depresión mayor). En un número pequeño pero significativo de pacientes, el duelo puede volverse persistente e incapacitante. Esta condición se denomina [trastorno de duelo prolongado](#) y puede requerir tratamiento específico.

Referencias generales

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 177-214.
2. [Jackson JL, Kuriyama A, Bernstein J, et al](#): Depression in primary care, 2010-2018. *Am J Med* 135(12):1505-1508, 2022. doi: 10.1016/j.amjmed.2022.06.022

Etiología de los trastornos depresivos

Se desconoce la causa exacta de los trastornos depresivos, pero contribuyen factores genéticos y ambientales.

La herencia da cuenta del 50% de la etiología (menos en la denominada depresión de inicio tardío). Por lo tanto, la depresión es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con este cuadro; la concordancia entre gemelos idénticos es alta ([1](#)). Además, los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos.

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica), glutamatérgica, y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina) ([2](#)). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hipotálamo-hipófisis-hormona de crecimiento..

También pueden estar implicados factores psicosociales. Las situaciones de estrés mayor de la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, preceden habitualmente a los episodios de depresión mayor; sin embargo, estos acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo.

Las personas que han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menos flexibles y/o con tendencia a la ansiedad muestran una mayor propensión a desarrollar un trastorno depresivo. Estas personas en general carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las presiones de la vida. La presencia de otros trastornos psiquiátricos aumenta los riesgos de trastorno depresivo mayor.

Las mujeres tienen un riesgo más alto, pero no hay ninguna teoría que explique por qué. Los posibles factores incluyen los siguientes:

- Una mayor exposición o una mayor respuesta a las tensiones diarias
- Niveles más altos de la monoaminoxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores se considera importante para el estado de ánimo)
- Tasas más altas de disfunción tiroidea
- Cambios endocrinos que se producen con la menstruación y la menopausia

En la **depresión periparto**, los síntomas aparecen durante el embarazo o dentro de las 4 semanas siguientes al parto ([depresión posparto](#)); se ve implicada la participación de factores endocrinos, pero se desconoce la causa específica.

En el **trastorno afectivo estacional**, los síntomas se desarrollan siguiendo un patrón estacional, típicamente en otoño o invierno; el trastorno tiende a aparecer en climas que tienen inviernos largos o crudos.

Los síntomas o trastornos depresivos pueden aparecer en varios trastornos médicos generales, que incluyen los [trastornos tiroideos](#) y [suprarrenales](#), los [tumores encefálicos](#) benignos y malignos, el [accidente cerebrovascular](#), el [sida](#), la [enfermedad de Parkinson](#) y la [esclerosis múltiple](#) (véase tabla Algunas causas de síntomas de la depresión y la manía).

Algunos fármacos, como los corticosteroides, algunos beta-bloqueantes, el interferón, la reserpina, también pueden producir trastornos depresivos. El abuso de algunas sustancias y drogas ilícitas (p. ej., [alcohol](#), [anfetaminas](#)) puede provocar o acompañar a la depresión. Los efectos tóxicos o la abstinencia pueden provocar síntomas depresivos transitorios.

TABLA

Algunas causas de síntomas de la depresión y la manía*

Referencias de la etiología

- a. 1. [Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS](#): Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000 Oct;157(10):1552-62. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.155
- b. 2. [Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, et al](#): Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 80:555-572, 2017. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.002

Síntomas y signos de los trastornos depresivos

La depresión provoca una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (p. ej., escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos [suicidas](#) y pueden intentar suicidarse. Otros síntomas o trastornos mentales (p. ej., [ansiedad](#) o [crisis de pánico](#)) coexisten con frecuencia y a veces complican el diagnóstico y el tratamiento.

Los pacientes con cualquier forma de depresión tienen más probabilidades de padecer un abuso de alcohol o de otras drogas ilícitas, en un intento de tratar por sí mismos los trastornos de sueño o los síntomas de ansiedad; sin embargo, la depresión es una causa menos frecuente de trastorno por uso de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias de lo que se pensaba antiguamente. Los pacientes también tienen más probabilidades de convertirse en fumadores importantes y de descuidar su salud, con lo cual aumenta el riesgo de que se desarrollen o progresen otras enfermedades (p. ej., [enfermedad pulmonar obstructiva crónica](#)).

La depresión puede reducir las respuestas inmunitarias protectoras. También aumenta el riesgo de [infarto de miocardio](#) y [accidente cerebrovascular](#), porque durante la depresión se liberan citocinas y otros factores que aumentan la coagulación de la sangre y disminuyen la variabilidad de frecuencia cardíaca (todos factores de riesgo potenciales para los trastornos cardiovasculares).

Trastorno depresivo mayor (trastorno depresivo unipolar)

Los pacientes tienen un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (p. ej., voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos). El aspecto puede confundirse con el de una [enfermedad de Parkinson](#). En algunos pacientes, el estado de ánimo depresivo es tan profundo que se acaban las lágrimas; dicen que son incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mundo se ha vuelto anodino y apagado.

La nutrición puede sufrir un deterioro importante, que requiere una intervención inmediata.



Algunos pacientes con depresión descuidan su higiene personal o incluso a sus hijos, otros seres queridos o a sus mascotas.

Para el diagnóstico de depresión mayor, ≥ 5 (1) de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Aumento o pérdida significativa ($> 5\%$) de peso, o disminución o aumento del apetito
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

Trastorno depresivo persistente

Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico.

Los síntomas generalmente comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas. La serie de síntomas a menudo fluctúa por encima y por debajo del umbral del episodio depresivo mayor.

Los pacientes afectados pueden presentarse habitualmente negativos, pesimistas, sin sentido del humor, pasivos, obnubilados, introvertidos, hipercríticos respecto de sí mismos y de los demás y quejumbrosos. Los pacientes con trastorno depresivo persistente también tienen más probabilidades de experimentar [trastornos de ansiedad](#) subyacentes, [trastornos por abuso de sustancias](#) o [trastornos de la personalidad](#) (p. ej., [personalidad de tipo límite](#)).



Para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente (2), los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante ≥ 2 años, más ≥ 2 de los siguientes:

- Falta o exceso de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Baja energía o fatiga
- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

Trastorno disfórico premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual implica síntomas de ánimo y ansiedad que están claramente relacionados con el ciclo menstrual, con inicio en la fase premenstrual y un intervalo libre de síntomas después de la menstruación. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año.

Las manifestaciones son similares a las del [síndrome premenstrual](#) pero son más intensas, causando malestar clínicamente significativo y/o notable deterioro de la actividad laboral o social. El trastorno puede comenzar en cualquier momento después de la menarquia; puede empeorar a medida que la menopausia se acerca, pero cesa después de la menopausia. La prevalencia se estima en 3 a 8% de las mujeres que menstrúan (3).

Para el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual (4), los pacientes deben presentar ≥ 5 síntomas durante la semana anterior a la menstruación. Los síntomas deben comenzar a remitir a los pocos días después de la aparición de la menstruación y son mínimos o nulos en la semana después de la menstruación. Los síntomas deben incluir ≥ 1 de los siguientes:

- Notables cambios de ánimo (p. ej., repentina tristeza o ganas de llorar)
- Notable irritabilidad o furia o aumento de los conflictos interpersonales
- Estado de ánimo muy depresivo, sensación de desesperanza y pensamientos de desvalorización personal
- Marcada ansiedad, tensión o nerviosismo

Además, debe estar presente ≥ 1 de los siguientes:

- Disminución de interés en las actividades habituales

- Dificultades para concentrarse
- Baja energía o fatiga
- Marcado cambio en el apetito, atracos o antojos de alimentos específicos
- Hipersomnia o insomnio
- Sentimiento de que las cosas lo superan o que está fuera de control
- Síntomas físicos tales como hipersensibilidad en las mamas o hinchazón, dolor articular o muscular, distensión abdominal y aumento de peso

Trastorno de duelo prolongado

El duelo prolongado es la tristeza persistente que sigue a la pérdida de un ser querido. Se diferencia de la depresión en que la tristeza se relaciona con la pérdida específica más que con los sentimientos más generales de fracaso asociados con la depresión. A diferencia del duelo normal, esta afección puede ser muy incapacitante y requiere tratamiento específicamente diseñado para el trastorno de duelo prolongado.

Para el diagnóstico de duelo prolongado, la respuesta al duelo (caracterizada por deseo o anhelo persistentes y/o preocupación por el fallecido) dura un año o más y es persistente, generalizada y excede las normas culturales (5). También debe acompañarse de ≥ 3 de los siguientes elementos durante el último mes en un grado que cause angustia o discapacidad (5):

- Sensación de alteración de la identidad (p. ej., sensación de que parte de uno mismo ha muerto)
- Marcada falta de creencia en la muerte
- Evitar los recordatorios de la pérdida
- Dolor emocional intenso (p. ej., tristeza) relacionado con la muerte
- Dificultad para participar en la vida cotidiana
- Entumecimiento emocional
- Sentimientos de falta de sentido
- Soledad intensa

Algunas herramientas útiles para la detección incluyen el [Inventory of Complicated Grief](#) y el [Brief Grief Questionnaire](#).

Otro trastorno depresivo

Los conjuntos de síntomas con características de un trastorno depresivo que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otros trastornos depresivos (especificados o no especificados).

Se incluyen los períodos recurrentes de disforia con ≥ 4 otros síntomas depresivos que duran < 2 semanas en personas que nunca han cumplido los criterios para otro trastorno del ánimo (p. ej., depresión breve recurrente) y los períodos de depresión que duran más tiempo, pero que no incluyen suficientes síntomas para el diagnóstico de otro trastorno depresivo.

Especificadores

El trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente pueden incluir uno o más especificadores que describen manifestaciones adicionales durante un episodio depresivo:

- **Angustia con ansiedad:** los pacientes se sienten tensos e inusualmente inquietos; tienen dificultad para concentrarse porque se preocupan o tienen miedo de que algo terrible pueda suceder, o sienten que pueden perder el control de sí mismos.
- **Características mixtas:** los pacientes también tienen ≥ 3 síntomas maníacos o hipomaniacos (p. ej., estado de ánimo elevado, grandiosidad, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas, disminución del sueño). Los pacientes que tienen este tipo de depresión tienen mayor riesgo de desarrollar [trastorno bipolar](#).
- **Melancolía:** los pacientes han perdido el placer en casi todas las actividades o no responder a estímulos habitualmente placenteros. Pueden sentirse abatidos y desesperanzados, sentir culpa excesiva o inapropiada, despertarse temprano en la mañana, presentar marcado retraso o agitación psicomotriz, y anorexia o pérdida de peso significativas.
- **Atípico:** el estado de ánimo de los pacientes mejora temporalmente en respuesta a acontecimientos positivos (p. ej., la visita de los hijos). También presentan ≥ 2 de los siguientes: reacción exagerada a la crítica o el rechazo percibido, sensación de parálisis aplomada (una sensación de pesadez, por lo general en las extremidades), aumento de peso o aumento del apetito e hipersomnia.
- **Psicótico:** los pacientes tienen delirios y/o alucinaciones. Las ideas delirantes suelen relacionarse con haber cometido pecados o crímenes imperdonables, albergar trastornos incurables o vergonzosos o ser perseguidos. Las alucinaciones pueden ser auditivas (p. ej., oír voces acusatorias o condenatorias) o visuales. Cuando sólo se describen voces, debe considerarse cuidadosamente si éstas representan verdaderas alucinaciones.
- **Catatónica:** los pacientes presentan retraso psicomotor intenso, participan excesivamente en una actividad sin sentido y/o se retraen; algunos pacientes gesticulan o imitan el habla (ecolalia) o el movimiento (ecopraxia).

- **Inicio periparto:** el inicio es durante el embarazo o dentro de las 4 semanas después del parto. Puede identificarse características psicóticas; el infanticidio se asocia a menudo con episodios psicóticos que implican alucinaciones de comando para matar al bebé o ideas delirantes de que el niño está poseído.
- **Patrón estacional:** los episodios ocurren en un momento determinado del año, con mayor frecuencia en otoño o invierno.

Referencias de los signos y síntomas

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 184-193.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 194-198.
3. [Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al](#): The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 28 Suppl 3:1-23, 2003. doi: 10.1016/s0306-4530(03)00098-2. PMID: 12892987
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 198-201.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 323-328.

Diagnóstico de los trastornos depresivos

- Criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision
- Hemograma, electrolitos y hormona tiroideoestimulante (TSH), vitamina B12 y folato para descartar trastornos médicos generales que puedan producir depresión

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas (y los criterios clínicos descritos anteriormente). Una serie de preguntas cerradas específicas ayudan a determinar si los pacientes tienen los síntomas que requiere el DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor. Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

La gravedad se determina por el grado de dolor y discapacidad (físico, social, ocupacional) y también por la duración de los síntomas. Un médico debe preguntar delicada pero directamente a los pacientes sobre cualquier pensamiento o planes de dañarse a sí mismos o a los otros, cualquier amenaza o intento de [suicidio](#) previos. La psicosis y la catatonia indican depresión grave. Un síndrome melancólico

indica una depresión grave. Los problemas físicos coexistentes, los [trastornos por abuso de sustancias](#) y de [ansiedad](#) agravan el cuadro.

Diagnósticos diferenciales

Los trastornos depresivos deben diferenciarse de la desmoralización y la pena. Otros trastornos psiquiátricos (p. ej., [trastorno de ansiedad](#)) pueden imitar u oscurecer el diagnóstico de depresión. A veces aparecen varios trastornos. La depresión mayor (trastorno unipolar) debe diferenciarse del [trastorno bipolar](#).

En los pacientes ancianos, la depresión puede manifestarse como demencia depresiva (antes denominada seudodemencia), que produce muchos de los signos y síntomas de la [demencia](#), como retraso psicomotor y disminución de la concentración. Sin embargo, la demencia temprana puede provocar depresión. En general, cuando el diagnóstico es dudoso, debe intentarse el tratamiento de un trastorno depresivo.

Puede ser difícil diferenciar los trastornos depresivos crónicos, como la distimia, de los [trastornos por abuso de sustancias](#), sobre todo porque pueden coexistir y contribuir entre ellos.

Los trastornos médicos generales también deben excluirse como causas de los síntomas de depresión. El [hipotiroidismo](#) a menudo causa síntomas de depresión y es frecuente, sobre todo entre los ancianos. La [enfermedad de Parkinson](#) en particular puede manifestarse con síntomas que se parecen a la depresión (p. ej., pérdida de energía, pérdida de expresividad, escasez de movimiento). Se requiere un [examen neurológico](#) minucioso para excluir este trastorno.

Cribado

Hay varios cuestionarios breves disponibles para detectar la depresión. Ayudan a desencadenar algunos síntomas depresivos, pero el diagnóstico no puede basarse solo en su empleo. Sin embargo, muchas de estas herramientas son útiles para identificar a las personas en riesgo que necesitan una evaluación más detallada. Algunas de las herramientas de detección más utilizadas incluyen el [Patient Health Questionnaire-9](#) (PHQ-9) y el [Beck Depression Inventory](#) (BDI).

Estudios complementarios

Ningún hallazgo en los exámenes de laboratorio es patognomónico de los trastornos depresivos. Sin embargo, las pruebas de laboratorio son necesarias para descartar trastornos físicos que puedan provocar depresión (véase tabla Algunas causas de depresión). Las pruebas incluyen hemograma completo, niveles de hormona tiroideoestimulante y niveles de electrolitos, vitamina B12 y ácido fólico de rutina y, en hombres mayores, testosterona. Las pruebas para el uso de drogas ilegales a veces son apropiadas.

Referencia del diagnóstico

- a. 1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 177-214.

Tratamiento de los trastornos depresivos

- Soporte
- Psicoterapia
- Medicamentos

(Véase también [Tratamiento farmacológico de la depresión.](#))

Los síntomas pueden remitir espontáneamente, sobre todo cuando son leves o de corta duración. La depresión leve puede ser tratada con medidas generales y psicoterapia. La depresión moderada a grave se trata con medicamentos, psicoterapia o ambos, y a veces [terapia electroconvulsiva](#) o [estimulación magnética transcraneal](#). Algunos pacientes requieren una combinación de fármacos. La mejoría puede no ser evidente hasta después de 1 a 4 semanas de farmacoterapia.

Es probable que la depresión recidive, especialmente en pacientes que han tenido > 1 episodio; por lo tanto, los casos graves a menudo justifican el uso a largo plazo de medicamentos para la terapia de mantenimiento.

La mayoría de las personas con depresión se tratan de forma ambulatoria. Los pacientes con ideación suicida, en particular cuando carecen de apoyo familiar, requieren hospitalización, al igual que los que tienen síntomas psicóticos o están físicamente debilitados.

En los pacientes que presentan [trastornos por uso de sustancias](#) los síntomas depresivos se resuelven a los pocos meses de interrumpir el consumo de las sustancias. El tratamiento antidepresivo es mucho menos probable que sea eficaz mientras continúa el abuso de sustancias.

Si un **trastorno médico general** o la **toxicidad de un fármaco** pudieran ser la causa, el tratamiento primero debe dirigirse al trastorno subyacente. Sin embargo, si hay dudas a la hora del diagnóstico o si los síntomas son incapacitantes, incluyen la ideación suicida o hay desesperanza, puede ayudar una prueba terapéutica con un antidepresivo o un fármaco regulador del estado de ánimo.

El trastorno de duelo prolongado puede beneficiarse con psicoterapia diseñada en forma específica para este trastorno ([1](#)).

Manejo inicial



Hasta que la mejora comience, un médico puede requerir ver a los pacientes 1 vez por semana o cada 15 días para darles el apoyo y la educación necesarios y para controlar su evolución. Llamadas telefónicas pueden complementar las visitas al consultorio.

Los pacientes y sus seres queridos pueden estar preocupados o sentirse avergonzados por la idea de tener una enfermedad mental. El médico puede ayudarlos explicando que la depresión es un trastorno médico grave causado por alteraciones biológicas que requiere un tratamiento específico, que la mayoría de las veces es un problema autolimitado y que el pronóstico con tratamiento es bueno. Los pacientes y los seres queridos deben ser tranquilizados respecto de que la depresión no refleja ningún defecto del carácter (p. ej., pereza, debilidad). Si se informa a los pacientes que el camino de la recuperación tiene altibajos, esto les ayuda a mirar con otra perspectiva los sentimientos de desesperanza y mejora el cumplimiento.

Hay que alentar a los pacientes a aumentar gradualmente las actividades simples (p. ej., dar paseos, hacer ejercicio sistemático) y a seguir manteniendo las interacciones sociales aunque se sepa que el paciente quiere evitarlas. El médico puede sugerirle a los pacientes que no se culpen a sí mismos y explicarles que esos pensamientos oscuros forman parte del trastorno y que terminarán por desaparecer.

Psicoterapia

Numerosos ensayos aleatorizados han demostrado que la psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, es eficaz en pacientes con trastorno depresivo mayor, tanto para el tratamiento de los síntomas agudos como para disminuir la probabilidad de recaída (2). Los pacientes con depresión leve tienden a tener mejor pronóstico que aquellos con depresión más grave, pero la magnitud de la mejora es mayor en las personas con depresión más grave.

Tratamiento farmacológico para la depresión

Varias clases de fármacos se pueden utilizar para tratar la depresión:

- [Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina](#) (ISRS)
- [Moduladores de la serotonina](#) (antagonistas de los receptores 5-HT₂)
- [Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina](#)
- [Inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina](#)
- [Antidepresivos heterocíclicos](#)
- [Inhibidores de la monoaminoxidasa](#) (IMAO)
- [Antidepresivo melatonérgico](#)

- [Ketamina y esketamina](#)

La [elección del fármaco](#) puede depender de la respuesta previa a un antidepresivo específico. De otra forma, los ISRS son los fármacos de primera elección. Aunque los distintos ISRS son igualmente eficaces en los casos típicos, ciertas propiedades los hacen más o menos apropiados para determinados pacientes (véase tabla Antidepresivos).

Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva implica la inducción eléctrica de una convulsión en condiciones controladas. Su mecanismo de acción es incierto, pero la generación de actividad convulsiva parece ser parte integral de sus efectos antidepresivos. La terapia electroconvulsiva moderna, administrada bajo anestesia general, suele ser bien tolerada, pero puede provocar confusión y deterioro agudo de la memoria. Gran parte de esto mejora y se resuelve a los 6 meses después de un curso de terapia electroconvulsiva, pero la amnesia retrógrada puede persistir a largo plazo. Esto es particularmente cierto para los recuerdos de los varios meses anteriores a la terapia electroconvulsiva. Los pacientes con déficits cognitivos basales, los que reciben tratamientos bilaterales, los pacientes mayores y los que reciben litio tienen mayor riesgo de deterioro de la memoria y confusión.

Las siguientes entidades a menudo se tratan con terapia electroconvulsiva si los medicamentos son ineficaces:

- Depresión suicida grave
- Depresión con agitación o retraso psicomotor
- Depresión delirante
- Depresión durante el embarazo

Los pacientes que dejan de comer pueden necesitar la terapia electroconvulsiva para impedir la muerte. La terapia electroconvulsiva es particularmente eficaz para la depresión psicótica.

La respuesta a las 6 a 10 sesiones de terapia electroconvulsiva suele ser espectacular y salvar la vida [\(3\)](#). La recaída después de la terapia electroconvulsiva es común, y los medicamentos suelen mantenerse después de suspender la terapia electroconvulsiva.

Luminoterapia

La luminoterapia se conoce mejor por sus efectos sobre la depresión estacional, pero parece también tener la misma eficacia para la depresión no estacional [\(4\)](#).



El tratamiento se puede proporcionar en el hogar con una unidad de luz especial que proporciona 2.500 a 10.000 lux a una distancia de 30 a 60 cm, con los pacientes sentados frente a ella durante 30 a 60 minutos/día (más tiempo con una fuente de luz menos intensa).

En los pacientes que se van a dormir tarde por la noche y que se levantan tarde por la mañana, la luminoterapia es más eficaz por la mañana y a veces se complementa con 5 a 10 min de exposición entre las 3 pm y las 7 pm. En los pacientes que se van a dormir y se levantan temprano, la luminoterapia es más eficaz entre las 3 pm y las 7 pm.

Otros tratamientos

A veces se utilizan **psicoestimulantes** (p. ej., dextroanfetamina, metilfenidato) junto con antidepresivos. Varios ensayos controlados apoyan su uso en los trastornos depresivos (5).

Algunos pacientes utilizan **productos derivados de hierbas**. El [hipérico \(*Hypericum perforatum*, hipericón, corazoncillo, hierba de San Juan\)](#) puede ser eficaz para la depresión leve, aunque los datos son contradictorios. El hipérico puede interactuar con los antidepresivos u otros fármacos. Algunos ensayos aleatorizados sobre suplementos de omega-3, utilizados como terapia sinérgica o como monoterapia, han sugerido que el ácido eicosapentaenoico tiene efectos antidepresivos útiles (6).

La **estimulación del nervio vago** incluye su estimulación intermitente con un generador de pulsos implantado. Puede ser útil para la depresión refractaria a otros tratamientos, pero suele tardar 3 a 6 meses en hacer efecto.

El uso de **estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr)** para el tratamiento agudo del trastorno depresivo mayor tiene un apoyo sustancial de ensayos aleatorizados (7). Se puede aplicar EMTr de baja frecuencia a la corteza prefrontal dorsolateral derecha, y EMTr de alta frecuencia a la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Los efectos adversos más comunes son dolor de cabeza y las molestias del cuero cabelludo; ambos ocurren con más frecuencia cuando se utiliza más EMTr de alta frecuencia que de baja frecuencia.

La **estimulación cerebral profunda** con electrodos implantados dirigidos al cíngulo subgenual o la cápsula interna ventral anterior/estriado ventral ha tenido resultados prometedores en series de casos no controlados (8). Se están realizando ensayos aleatorizados.

Los **grupos de apoyo** (p. ej., Depression and Bipolar Support Alliance [Alianza de Apoyo Bipolar y Depresión, [DBSA](#)]) pueden ayudar a los pacientes al proporcionar un foro para compartir sus experiencias y sentimientos.

Referencias del tratamiento

- a. 1. [Rosner R, Bartl H, Pfoh G, et al](#): Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *J Affect Disord.* 183:106-112, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.051

- b. 2. [Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, et al](#): The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *J Affect Disord* 159:118-126, 2014. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.026
- c. 3. [Jaffe R](#): The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association, 2nd ed. Accedido el 11 de agosto de 2023.
- d. 4. [Dong C, Shi H, Liu P, et al](#): A critical overview of systematic reviews and meta-analyses of light therapy for non-seasonal depression. *Psychiatry Res*. 314:114686, 2022. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114686
- e. 5. [McIntyre RS, Lee y, Zhou AJ, et al](#): The efficacy of psychostimulants in major depressive episodes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 37(4):412-418, 2017. doi: 10.1097/JCP.0000000000000723
- f. 6. [Bazinet RP, Metherel AH, Chen CT, et al](#): Brain eicosapentaenoic acid metabolism as a lead for novel therapeutics in major depression. *Brain Behav Immun* 85:21-28, 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2019.07.001
- g. 7. [Berlim MT, van den Eynde F, Tovar-Perdomo S, et al](#): Response, remission and drop-out rates following high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for treating major depression: A systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind and sham-controlled trials. *Psychol Med* 44(2):225-239, 2014. doi: 10.1017/S0033291713000512
- h. 8. [Bergfeld IO, Mantione M, Hoogendoorn MLC, et al](#): Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 73(5):456-64, 2016. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0152

