

se deberían diagnosticar de uno de esos trastornos más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo pueden tener síntomas que también cumplan los criterios de un trastorno de ansiedad y pueden recibir ambos diagnósticos, si bien los niños cuya irritabilidad se manifiesta sólo en el contexto de una exacerbación del trastorno de ansiedad deberían diagnosticarse del trastorno relevante de ansiedad más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, los niños con trastornos del espectro autista presentan frecuentemente accesos de ira cuando, por ejemplo, se alteran sus rutinas. En estos casos, los accesos de ira deberían considerarse secundarios al trastorno del espectro autista y el niño no se debería diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

**Trastorno explosivo intermitente.** Los niños con síntomas sugestivos de un trastorno explosivo intermitente presentan accesos de ira graves muy parecidos a los de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, al contrario que en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en el trastorno explosivo intermitente no se requiere una alteración persistente del estado de ánimo entre los accesos. Además, el trastorno explosivo intermitente requiere sólo 3 meses de síntomas activos, a diferencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que requiere 12 meses. Por lo tanto, no se deberían hacer estos dos diagnósticos en el mismo niño. En los niños con accesos de ira e irritabilidad intercurrentes y persistentes, sólo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

## Comorbilidad

Las tasas de comorbilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar pacientes cuyos síntomas cumplan únicamente los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos en el DSM-IV parece ser mayor que para otras enfermedades mentales infantiles; el solapamiento mayor se produce con el trastorno negativista desafiante. Además de presentar unas tasas globales de comorbilidad altas en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el espectro de enfermedades comórbidas es muy diverso. Estos niños acuden normalmente a la consulta con un amplio abanico de síntomas y diagnósticos de conductas perturbadoras, de síntomas afectivos, de ansiedad e incluso del espectro autista. Sin embargo, los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no deberían tener síntomas que cumplan los criterios de los trastornos bipolares, ya que en ese contexto sólo se haría el diagnóstico de trastorno bipolar. Si los niños presentan síntomas que cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante o del trastorno explosivo intermitente y del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, sólo se deberían diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, como se ha señalado anteriormente, no se debería hacer un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo si los síntomas aparecen sólo en un contexto que provoca ansiedad, cuando se alteran las rutinas de un niño con trastorno del espectro autista o trastorno obsesivo-compulsivo, ni en el contexto de un episodio depresivo mayor.

## Trastorno de depresión mayor

### Criterios diagnósticos

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- Nota:** Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.
- Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.<sup>1</sup>
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

---

<sup>1</sup> Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

### Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

| Especificador de gravedadcurso              | Episodio único | Episodio recurrente |
|---------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Leve (pág. 188)                             | 296.21 (F32.0) | 296.31 (F33.0)      |
| Moderado (pág. 188)                         | 296.22 (F32.1) | 296.32 (F33.1)      |
| Grave (pág. 188)                            | 296.23 (F32.2) | 296.33 (F33.2)      |
| Con características psicóticas** (pág. 186) | 296.24 (F32.3) | 296.34 (F33.3)      |
| En remisión parcial (pág. 188)              | 296.25 (F32.4) | 296.35 (F33.4)      |
| En remisión total (pág. 188)                | 296.26 (F32.5) | 296.36 (F33.4)      |
| No especificado                             | 296.20 (F32.9) | 296.30 (F33.9)      |

\*Para un episodio que se considera recurrente debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor. Las definiciones de los especificadores se encuentran en las páginas indicadas.

\*\*Si existen características psicóticas, codificar el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

#### Especificar:

**Con ansiedad** (pág. 184)

**Con características mixtas** (págs. 184–185)

**Con características melancólicas** (pág. 185)

**Con características atípicas** (págs. 185–186)

**Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo** (pág. 186)

**Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo** (pág. 186)

**Con catatonía** (pág. 186). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

**Con inicio en el parto** (págs. 186–187)

**Con patrón estacional** (sólo episodio recurrente) (págs. 187–188)

## Características diagnósticas

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades (Criterio A). En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.

El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o “por los suelos” (Criterio A1). En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar). En algunos pacientes que se quejan de sentirse “sosos”, sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores). En los niños y los adolescentes aparece un ánimo irritable o malhumorado más que un ánimo triste o abatido. Esta forma de presentación debería diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración.

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los *hobbies*, “que no les importan”, o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicarlo). En algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.

La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay una pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada (Criterio A3).

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volver a dormir). También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar períodos de sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen la agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos) y la lentificación (p. ej., discurso, pensamiento y movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo) (Criterio A5). La agitación y el retardo psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deberían representar únicamente sensaciones subjetivas.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga mantenida sin haber realizado ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más

pequeñas parecen requerir un esfuerzo considerable. Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado (Criterio A7). Estos pacientes a menudo malinterpretan los acontecimientos diarios neutros o triviales como si probasen los propios defectos personales y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia los acontecimientos inapropiados. La sensación de inutilidad o de culpa puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., el paciente está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza en el mundo). Es muy frecuente que el paciente se culpe a sí mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales o interpersonales como consecuencia de la depresión, pero esta actitud, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir este criterio.

Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones (Criterio A8). Pueden parecer fácilmente distraíbles o se quejan de problemas de memoria. Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración. En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio (Criterio A9). Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumar el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios.

## **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, los pacientes deprimidos que ingresan en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año. Los pacientes presentan con frecuencia llanto, irritabilidad, estado taciturno, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., dolor de cabeza, de articulaciones, abdominal u otros dolores). En los niños puede presentarse ansiedad por separación.

Aunque existe una gran amplitud de datos bibliográficos que describen los correlatos neuroanatómicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, no existe ninguna prueba de laboratorio que haya probado tener suficiente sensibilidad y especificidad para usarse como herramienta diagnóstica para este trastorno. Hasta hace poco, la alteración más ampliamente investigada en asociación con los episodios de depresión mayor había sido la hiperactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, que parece relacionarse con la melancolía, los rasgos psicóticos y el riesgo de un posible suicidio. Los estudios moleculares también han encontrado factores periféricos, como variantes genéticas de factores neurotróficos y de citoquinas proinflamatorias. Además, en los adultos con depresión mayor, los estudios de resonancia magnética funcional muestran signos de alteraciones funcionales en los sistemas neurales que soportan el procesamiento emocional, la búsqueda de recompensa y la regulación emocional.

## Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

## Desarrollo y curso

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia parece tener un pico hacia los 20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie por primera vez en la ancianidad.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (períodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. Es importante distinguir los pacientes que acuden en busca de tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas han aparecido recientemente. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa. Es, por tanto, útil pedir a los pacientes que acuden con síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes. El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo y se puede esperar que muchos pacientes que sólo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo. Las características que se asocian a unas tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas.

El riesgo de recurrencia se vuelve progresivamente menor con el tiempo conforme se incrementa la duración de la remisión. El riesgo es mayor en los pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en los sujetos jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia.

Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y en una proporción considerable de pacientes que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor se acaba probando con el tiempo que en realidad padecen un trastorno bipolar. Esto es más probable en los pacientes en que la enfermedad se inicia en la adolescencia, en los que tienen rasgos psicóticos y en los que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar. La presencia del especificador "con rasgos mixtos" también aumenta el riesgo de un futuro diagnóstico de manía o hipomanía. El trastorno bipolar, en particular con rasgos psicóticos, puede convertirse también en esquizofrenia, siendo este cambio mucho más frecuente que el contrario.

A pesar de que las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos presentan diferencias claras entre ambos sexos, dichas diferencias entre sexos no parecen existir en relación con la fenomenología, el curso y la respuesta al tratamiento. Asimismo, no se aprecian efectos claros de la edad actual sobre el curso o la respuesta al tratamiento en el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a los síntomas: la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras, son más frecuentes en los sujetos mayores.

La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones de inicio en edades tempranas son más familiares y es más probable que conlleven asociadas alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor no suele cambiar por lo general con la edad. El tiempo promedio para la recuperación parece ser estable en largos períodos de tiempo, y la probabilidad de entrar en un episodio, en general, ni aumenta ni disminuye con el tiempo.

## Factores de riesgo y pronósticos

**Temperamentales.** El neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.

**Ambientales.** Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos próximos al comienzo de los episodios no parece ser útil para el pronóstico ni la elección del tratamiento.

**Genéticos y fisiológicos.** Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

**Modificadores del curso.** Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, la mejoría clínica mantenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado y de la enfermedad subyacente. Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.

## Aspectos diagnósticos relacionadas con la cultura

Los estudios sobre el trastorno depresivo mayor en las diferentes culturas han mostrado diferencias de hasta siete veces en las tasas de prevalencia a los doce meses, pero existe mucha más uniformidad en la proporción mujeres/hombres, en las edades medias de inicio y en el grado en que la presencia del trastorno aumenta la probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias comórbido. Aunque estos hallazgos sugieren diferencias culturales importantes en la expresión del trastorno depresivo mayor, no permiten determinar asociaciones simples entre culturas concretas y la probabilidad de presentar síntomas específicos. Más bien, los clínicos deberían ser conscientes de que la mayoría de los casos de depresión no se reconocen en los centros de atención primaria en la mayor parte de los países, y de que es muy probable que en muchas culturas los síntomas somáticos sean la queja de presentación. Entre los síntomas del Criterio A, el insomnio y la pérdida de energía son los que se presentan de modo más uniforme.

## Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la mayor frecuencia en las mujeres es el hallazgo más reproducido en la epidemiología del trastorno depresivo mayor, no hay diferencias claras entre sexos en cuanto a síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor. La disparidad entre las tasas de suicidio de ambos sexos no es tan grande en los pacientes con trastornos depresivos como en la población general.

## Riesgo de suicidio

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio.

## Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor

Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor provienen de los síntomas individuales. El deterioro puede ser muy ligero, de modo que muchas personas que interactúan con los individuos afectados no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede llegar hasta a la incapacidad completa, de modo que el paciente deprimido va a ser incapaz de atender sus necesidades básicas de autocuidado, o sufre mutismo, o está catatónico. Entre los pacientes que se atienden en los centros médicos generales, los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen más dolor, más enfermedades físicas y más disminución del funcionamiento en las áreas física, social y personal.

## Diagnóstico diferencial

**Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos.** Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos.

**Trastorno del humor debido a otra afección médica.** El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

**Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos.** Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína.

**Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.** La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener precaución para no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

**Trastorno de adaptación con ánimo deprimido.** El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

**Tristeza.** Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presentaciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

## Comorbilidad

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

## Trastorno depresivo persistente (distimia)

**300.4 (F34.1)**

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota:** Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado