

Diagnóstico de la depresión

R. Casquero Ruiz

Centro de Salud Las Cortes. Área 7. Madrid

SOSPECHA CLÍNICA INICIAL (tabla 1)

Los signos y síntomas del primer episodio depresivo pueden incluir cambios de humor leves, quejas inespecíficas, síntomas somáticos, falta de iniciativa, fatiga, insomnio, disminución del rendimiento laboral, indecisión, dificultades en la concentración, irritabilidad y ansiedad generalizada. Pero lo más frecuente es que la depresión no se diagnostique de modo precoz, por lo que el malestar del paciente le hace acudir reiteradamente a la consulta. Esta hiperfrecuentación es un indicador de un posible cuadro depresivo. En estos casos se puede hablar de depresión enmascarada, cuando los síntomas no son obvios porque el paciente sonríe y niega los sentimientos depresivos. Por ello, el diagnóstico requerirá una búsqueda activa de síntomas (Gelder. 2000). En Atención Primaria es muy frecuente que la depresión vaya asociada a sintomatología somática que a veces puede camuflar el diagnóstico. Los síntomas orgánicos consisten en ocasiones en molestias poco definidas, dolores difusos (de espalda y extremidades, artralgias, etc.) que responden mal al tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios. También pueden presentarse síntomas cardiopulmonares, digestivos, urológicos, ginecológicos, neurológicos, etc. El trastorno del sueño consiste habitualmente en insomnio, aunque puede producirse también hipersomnia. Lo más típico en un cuadro depresivo es el estado de tristeza, que facilita en gran medida el diagnóstico, aunque ésta puede estar latente, manifestándose en su lugar un estado de ansiedad. El desconocimiento del diagnóstico puede generar irritabilidad en el paciente (frecuente en adolescentes y ancianos) y hostilidad hacia el profesional médico. En otras ocasiones lo más relevante es la pasividad e inhibición, y en la tercera edad pueden adquirir predominancia los signos y síntomas cognitivos. El sentimiento contratransferencial del profesional médico ayuda a la detección del cuadro depresivo. No obstante, en las depresiones psicóticas el médico

no llega a experimentar empáticamente el sufrimiento del enfermo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR. TRASTORNO DISTÍMICO. TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS (tabla 2)

Episodio depresivo mayor

1) 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 estado de ánimo depresivo o pérdida de interés de la capacidad para el placer. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

– Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

– 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 o aprecian los demás).

– Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% de peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

– Insomnio o hipersomnia casi cada día.

– Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

– Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

– 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).

Correspondencia: R. Casquero Ruiz.
Centro de Salud Las Cortes.
Carrera de San Jerónimo, 32.
28014 Madrid.
Correo electrónico: rafael_casquero@wanadoo.es

Tabla 1. Tabla de sospecha clínica inicial

Primer episodio depresivo	Cambios de humor, quejas inespecíficas, síntomas somáticos Fatiga, insomnio, bajo rendimiento laboral, indecisión Baja concentración, irritabilidad, ansiedad generalizada	
Episodios posteriores	Hiperfrecuentación con síntomas somáticos múltiples: dolores osteomusculares, síntomas digestivos, respiratorios, cardiovasculares, urológicos, dermatológicos, neurológicos	
	Tristeza	diagnóstico fácil
	Ansiedad	diagnóstico difícil
	Irritabilidad, hostilidad	niños, adolescentes, ancianos, depresión subyacente
	Pasividad, inhibición	implementar anamnesis y exploración psiquiátrica
	Síntomas cognitivos	ancianos, valorar estado cognitivo
	Delirios y alucinaciones	depresiones psicóticas, empatía bloqueada

– Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

– 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.

2) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

3) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

4) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

5) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, 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.

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

- 1) Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- 2) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por

la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

3) Nunca se ha producido un trastorno maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente: 0 leve, 1 moderado, 2 grave sin síntomas psicóticos, 3 grave con síntomas psicóticos, 4 en remisión parcial/en remisión total, 9 no especificado.

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente: para CIE-9-MC especificaciones de gravedad/psicosis/remisión). Crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio posparto.

F32.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

- 1) Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

Tabla 2. Tabla de clasificación de los trastornos afectivos según la CIE-10 y la DSM-IV

	CIE-10		DSM-IV
F 30	Episodio maníaco	F 30	Trastorno bipolar I, episodio maníaco único
F 31	Trastorno bipolar	F 31	Trastorno bipolar
F 32	Episodio depresivo	F 32	Trastorno depresivo mayor, episodio único
F 33	Trastorno depresivo recurrente	F 33	Trastorno depresivo mayor, recidivante
F 34	Trastornos afectivos persistentes	F 34	
	Ciclotimia (F 34.0)		Trastorno ciclotímico (F 34-0)
	Distimia (F 34.1)		Trastorno distímico (F 34-1)
F 38	Otros trastornos del humor		
	Trastorno afectivo mixto (F 38.00)		
	Trastorno depresivo breve recurrente (F 38.10)		
F 39	Trastorno humor depresivo sin especificación	F 39	Trastorno estado de ánimo no especificado
F 06.3	Trastorno humor (afectivo) orgánico	F 06.3	Trastorno estado de ánimo debido a enfermedad médica
F 11.72a	Trastorno afectivo residual inducido	F 10.8a	Trastorno estado de ánimo inducido
F 19.72	Por sustancias	F 19.8	Por sustancias

Vázquez-Barquero JL. (1998).

2) Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

3) Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente: 0 leve, 1 moderado, 2 grave sin síntomas psicóticos, 3 grave con síntomas psicóticos, 4 en remisión parcial/en remisión total, 9 no especificado.

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente: para CIE-9-MC especificaciones de gravedad/psicosis/remisión). Crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio posparto.

Especificar: especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) y con patrón estacional.

F34.1 Trastorno distímico (300.4)

1) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

2) Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnía.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

3) Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

4) No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños o adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

5) Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

6) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

7) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

8) Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: inicio temprano (si el inicio es antes de los 21 años) o si inicio tardío (si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad).

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico): con síntomas atípicos.

F32.9 Trastorno depresivo no especificado (311)

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1) Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (por ejemplo, estado de ánimo acusadamente depresivo, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas deben tener la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2) Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

3) Trastorno depresivo leve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

4) Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

5) Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

6) Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS DE INTERÉS PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Hay una serie de cuadros depresivos en la clínica diaria de la consulta que permiten identificar formas clínicas estables y poder agruparlos en los siguientes subtipos depresivos:

Depresión psicótica

Presenta como rasgo distintivo una alteración del contenido del pensamiento. El curso suele ser constante en el tiempo, habiendo persistencia en la ideación delirante con contenidos que se mantienen. Presenta menor respuesta al tratamiento, mayor cronicidad y recurrencia, y síntomas residuales más graves. En algunos estudios se ha observado una mayor tasa de suicidios, siendo una patología que debe ser derivada a segundo nivel (centro de salud mental) o tercer nivel (psiquiatría hospitalaria).

Depresión atípica

Predominan la reactividad, la hiperfagia, hipersomnolia y la letargia sobre los síntomas de tristeza. Es frecuente la sensación de flojedad y pesadez, con una tendencia al rechazo interpersonal. Se aproxima bastante al antiguo concepto de depresión neurótica.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Cerca de un 60% de cuadros depresivos presentan síntomas de ansiedad manifiestos, asociándose en esos casos la depresión con un trastorno de ansiedad, lo que ha llevado en los últimos años a la modificación del paradigma de la depresión, considerada por muchos autores como un extremo de un continuo depresión-ansiedad, y más recientemente a considerar los síntomas de ansiedad como síntomas depresivos generados por una neuropatogenia común.

Depresión melancólica

Caracterizada básicamente por la inhibición psicomotora, el sentimiento intenso de culpa, la disminución del apetito y del peso, el insomnio tardío y la variación diurna de los síntomas. Por ello también recibe el nombre de depresión inhibida y depresión con síntomas catatónicos, siendo equiparable a la clásica depresión endógena.

Depresión mórbida con enfermedad orgánica

En este subgrupo depresivo se produce una asociación de dos patologías distintas, pudiendo la depresión ser la causa o la consecuencia de la enfermedad somática y en ocasiones presentan cursos independientes. Este subsíndrome depresivo es muy numeroso en la Atención Primaria y con frecuencia el diagnóstico de la depresión puede quedar enmascarado. A menudo la depresión puede presentar síntomas somáticos sin enfermedad orgánica definida (Caballero et al, estudio Picasso 2005). Cuando la depresión es el núcleo central y los síntomas somáticos son acompañantes, el cuadro se define como depresión con síntomas somáticos. Cuando el cuadro depresivo se manifiesta básicamente en los síntomas somáticos se denomina depresión somatizada (Gilaberte).

Trastorno adaptativo

Se trata de una reacción emocional anómala por su intensidad, su inadecuación, su duración o su comportamiento, secundaria a experiencias externas o vivencias internas (conflictos internos). Con mucha frecuencia se producen

en personas con trastornos previos de la personalidad. El trastorno adaptativo es clasificado en el DSM-IV (1995) en varios grupos: con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con estado de ánimo depresivo y ansiedad, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y del comportamiento y no especificado. El diagnóstico diferencial se puede establecer con el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático, así como con el duelo patológico. El trastorno adaptativo con ánimo depresivo equivale a la antigua categoría de depresión reactiva. Desde la presencia del estresor hasta el trastorno debe mediar un máximo de 90 días, y la desaparición del estresor debe conllevar el fin del trastorno en un período máximo de 180 días, salvo estresores crónicos o trastorno severo. Es frecuente en mujeres jóvenes con trabajo fuera de casa, con asociación habitual de patología ansiosa. Los estresores más frecuentemente identificados consistían en causas laborales (*mobbing*), enfermedades familiares y accidentes o enfermedades personales. Es muy frecuente el estrés acompañante, el sentimiento de sufrir una demanda que supone un esfuerzo personal excesivo, la percepción de la limitación de los propios recursos, y una autoestima insuficiente.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EVALUACIÓN SINTOMATOLÓGICA Y EVALUACIÓN FUNCIONAL

La evaluación de un cuadro depresivo se realiza habitualmente mediante la clínica que permite apreciar multitud de signos y síntomas, siendo pocas veces necesario recurrir a los cuestionarios y pruebas diagnósticas. La evaluación sintomatológica debe tener en cuenta la presencia de síntomas cardinales (tristeza, anhedonia, entecimiento y, con menos frecuencia, agitación psicomotora). Algunos síntomas son evidentes (llanto, variación del peso corporal), mientras que otros requieren una búsqueda activa (la pérdida para la capacidad de disfrutar, las ideas de muerte). La empatía permite intuir por parte del profesional un probable cuadro depresivo. Las depresiones inhibidas pueden ser más difíciles de diagnosticar. Hay que tener en cuenta la frecuente constelación de sintomatología ansiosa acompañante. En las depresiones somatizadas o en las que sólo se manifiestan claramente los síntomas orgánicos el diagnóstico es más difícil. La evaluación funcional no puede sustituir a la exploración psicopatológica, pero permite realizar detecciones sistemáticas, complementar el diagnóstico y obtener indicadores de gravedad y de evolución del cuadro depresivo. La evaluación funcional se apoya en la aplicación de escalas, que deben cumplir varios requisitos. Deben explorar distintas áreas: humor depresivo, ansiedad, síntomas motores, síntomas cognitivos, funcionamiento social y síntomas vegetativos para poder tener validez de contenido. La validez de constructo significa que los ítems contenidos en una escala son estadísticamente adecuados para evaluar la información necesaria. Las escalas aplicadas deben presentar la misma puntuación cuando diversos profesionales las apliquen al mismo paciente (fiabilidad interobservadores).

Escalas autoadministradas

Son fáciles de usar y evaluar, y por tanto, las más usadas, no precisan de personal formado y logran realizar en breve tiempo un diagnóstico sindrómico. Presentan alta sensibilidad y baja especificidad.

Inventario para la depresión de Beck (Beck Depression Inventory [BDI])

Consta de 21 ítems con respuestas que puntúan de 0 a 3. Las puntuaciones extremas oscilan entre 0 y 63 y los distintos puntos de corte delimitan los siguientes resultados: 0-9 sin depresión, 10-18 depresión leve, 19-29 depresión moderada y 30-63 depresión grave.

Escala de Zung para la depresión

Consta de 20 frases y el paciente debe responder asignando un número de 1 a 4 que indica la frecuencia para la presentación de cada síntoma en el momento actual. El punto de corte está en los 50 puntos, a partir de los cuales se diagnostica depresión. En las edades extremas el resultado es menos fiable.

Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Diseñada en 1971 a partir de otras escalas, presenta el punto de corte que es igual o superior a 16.

Escalas heteroadministradas**Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)**

Más que instrumento diagnóstico, permite evaluar la intensidad del cuadro y detecta cambios de la gravedad en el curso de la enfermedad y el impacto de las terapias. Es la más utilizada. Tiene 21 ítems, resaltando la sintomatología somática. El rango de la respuesta se obtiene de la suma de los primeros 17 ítems y está comprendido entre 0 y 52. De 0 a 6 significa ausencia de depresión. Valores entre 7 y 17 suponen depresión leve. La depresión moderada puntúa entre 18 y 24, y valores de 25 o superiores suponen depresión grave.

Escala para la depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale? [MADRS])

Tiene 10 ítems, cada uno de ellos puntuado de 0 a 6. Es la escala más sensible al cambio evolutivo en la severidad de la depresión. La puntuación global oscila de 0 a 60 y los puntos de corte delimitan los siguientes tramos: 0 a 6: no

hay depresión; 7 a 19: depresión leve; 20 a 34: depresión moderada; 35 a 60: depresión grave.

PRIME-MD (Spitzer R.L. Primary Care Evaluation of Mental Disorders)

Es un instrumento para *screening* que agrupa un cuestionario del paciente, una guía de evaluación para el médico y 5 módulos (estado de ánimo, ansiedad, alcohol, alimentación y somatomorfo). El módulo de estado de ánimo tiene 17 ítems cuyas respuestas permiten delimitar el diagnóstico (trastorno depresivo mayor, remisión parcial de trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno bipolar, trastorno depresivo debido a trastorno físico, medicación o drogas).

Two Screening Question for Depression

Este cuestionario consta tan sólo de 2 ítems: ¿Durante el último mes ha sufrido por sentirse bajo de ánimo, triste, o sin esperanza? ¿Durante el último mes se ha sentido mal debido a la falta de interés por las cosas o por no notar satisfacción por casi nada? (Arrol, 2003).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (tabla 3)

La depresión presenta algunos rasgos clínicos comunes con otros cuadros psiquiátricos. En el caso del trastorno bipolar aparecen episodios maníacos. La distimia presenta menos síntomas y un curso más prolongado (mayor de 2 años). En ocasiones una depresión mayor puede presentarse en un cuadro distímico, hablándose entonces de depresión doble. Los trastornos de adaptación presentan un menor número de síntomas específicos de la depresión y se producen tras un estresor social, familiar o laboral. El trastorno mixto ansioso-depresivo manifiesta síntomas de ambas entidades, aunque no llega a presentarse un cuadro que por su gravedad cumpla los criterios de depresión mayor, y tampoco existe un cuadro que pudiera definirse como trastorno de ansiedad. Se trataría de síndromes subumbrales, poco específicos y de sintomatología amplia. El trastorno depresivo breve recurrente es un cuadro que dura de 2 a 3 días, pero que se presenta con una frecuencia mensual o aún mayor. Las situaciones de tristeza y duelo presentan algunos rasgos comunes a la depresión, pero se justifican por un desencadenante como es una frustración importante o la pérdida de un ser querido. Cuando el duelo se prolonga más allá de los dos meses establecidos

Tabla 3. Tabla de diagnóstico diferencial de la depresión con otros trastornos psiquiátricos

Trastornos del estado de ánimo	Otros trastornos
Trastorno bipolar	Trastorno de la personalidad esquizo-afectivo
Distimia	Trastorno de la alimentación
Trastorno de adaptación	Esquizofrenia
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Trastorno delirante
Trastorno depresivo breve recurrente	Demencia
Duelo	Trastorno somatomorfo

Tabla 4. Tabla de diagnóstico diferencial con trastornos no psiquiátricos

Enfermedades médicas	Sustancias
Neurológicas	Fármacos cardiovasculares
Enfermedad de Alzheimer	Reserpina
Enfermedad de Parkinson	Propranolol
Enfermedad de Wilson	Alfa-metildopa
Enfermedad de Huntington	Clonidina
Esclerosis Múltiple	Digital
ACVA, demencia multiinfarto	IECA, Guanetidina, hidralazina
Lesiones ocupantes de espacio	Bloqueantes canales del calcio
Hidrocefalia normotensiva	Hipocolesterolemiantes
Epilepsia temporal	Diuréticos
Endocrinas	Antiinfecciosos-antiinflamatorios
Hipo e hipertiroidismo	Antiinflamatorios no esteroideos
Hipo e hiperparatiroidismo	Interferón, sulfamidas
Enfermedades de Cushing y Addison	Ampicilina, estreptomina
Hipogonadismo	Tetraciclina, metronizadol
Hipoglucemia. Diabetes mellitus	Griseofulvina, cicloserina
Cardiovasculares	Hormonas
Infarto de miocardio	Anticonceptivos orales
Miocardopatías	Corticoides, ACTH
Hipertensión arterial	Esteroides anabolizantes
Reumatológicas	Analgésicos
Lupus eritematoso sistémico	Fenazetina, indometacina
Artritis reumatoide	Ibuprofeno, ketoprofeno
Síndrome carcinoide	Fenilbutazona
Fibromialgia	
Infecciosas	Psicofármacos
Sida	Neurolepticos
Encefalitis	Benzodiazepinas
Tuberculosis	Anticonvulsivantes, clometiazol
Mononucleosis infecciosa	Anfetaminas
Sífilis	Opiáceos, baclofeno
Infecciones urinarias	Barbitúricos
Neumonía	
Bruceosis	
Tifoidea	
Hepatitis y otros cuadros virales	
Oncológicas	Sustancias de abuso
Cáncer de páncreas	Alcohol
Otros tumores abdominales	Cocaína
Neoplasias cerebrales	Opiáceos
Linfomas	Anfetaminas
Otras	Otros
Anemias (A. perniciosas)	Antineoplásicos
Hipovitaminosis (grupo B, etc.)	Anticolinérgicos
Colagenopatías	Metoclopramida
Cirrosis	L-dopa
Psoriasis, gota	Talio, mercurio

ACVA: accidente cerebrovascular agudo; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ACTH: hormona adrenocorticotropa. Modificada de: Vázquez-Barquero JL (1998) e Hidalgo MI (1998).

en el DSM-IV y la sintomatología no remite, se considera duelo patológico, en donde las ideas de inutilidad, culpa y muerte permiten sospechar la instauración de una depresión mayor. Algunos trastornos ansiosos pueden remedar o asociarse a cuadros depresivos.

En muchos trastornos de la personalidad (cuadros en los que se conserva el juicio de la realidad pero no hay conciencia de enfermedad) puede presentarse un cuadro depresivo, o bien aparecer signos y síntomas que lo asemejan. Así puede suceder en los trastornos esquizoafectivos.

En la esquizofrenia (fase residual) y en muchos trastornos delirantes pueden coexistir rasgos depresivos. En las demencias el diagnóstico diferencial puede establecerse mediante los tests que miden el deterioro cognitivo (Mini-mental MMSI, test del reloj, test del observador) y las pruebas de radiodiagnóstico (TC, RMN). Los trastornos somatomorfos dificultan con frecuencia el diagnóstico temprano de la depresión y exigen previamente el descartar las posibles patologías orgánicas. Los trastornos de alimentación pueden remedar algunos de los síntomas de la depresión, y a veces van asociados, por lo que, debido a su curso crónico y su pronóstico poco favorable requieren una investigación diagnóstica cuidadosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS NO PSIQUIÁTRICOS (tabla 4)

La depresión puede ser causa o consecuencia de enfermedades orgánicas, o del consumo o retirada de sustancias, ya sea de abuso o de fármacos. En otras ocasiones pueden asociarse sin vínculo causal el cuadro depresivo y la enfermedad orgánica. La depresión puede adquirir en los ancianos la forma de pseudodemencia depresiva, compartiendo aspectos clínicos con la enfermedad de Alzheimer. En esta enfermedad la depresión puede presentarse en la fase inicial en un porcentaje cercano al 50%. En las demencias subcorticales hay síntomas depresivos. En los accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA) con afectación del córtex prefrontal o de los ganglios basales puede haber depresión en el 25%. El hipotiroidismo es uno de los mayores simuladores de una depresión, realizándose el diagnóstico diferencial mediante el estudio de hormona tiroestimulante (TSH) basal, y la disminución de las hormonas tiroideas. Las alteraciones de las paratiroides pueden evidenciarse mediante un ionograma. La enfermedad de Addison se puede objetivar con la detección de cortisol basal. La enfermedad de Cushing puede provocar un cuadro depresivo. El estudio de hemograma y pruebas analíticas complementarias permiten la identificación de las anemias y su tratamiento. En la diabetes mellitus y en las hipoglucemias la medición de glucemia y la HbA1c ayuda al diagnóstico diferencial. En las enfermedades cardiovasculares, como en el infarto agudo de miocardio, la depresión puede afectar a uno de cada cuatro enfermos, agravándose el pronóstico. La hipertensión arterial y su tratamiento también pueden asociarse a síndrome depresivo. La aparición de SIDA aumenta la posibilidad de una depresión mayor, así como trastornos adaptativos. Los procesos virales generan síndromes depresivos leves. En los enfermos oncológicos la depresión afecta al 25%, y muchas veces no se diagnostica (considerándose erróneamente que es un signo más de la enfermedad tumoral) y al no tratarse, empeora el pronóstico general del enfermo.

Los fármacos de acción sedante (neurolepticos y anticolinérgicos) o bien la retirada de los fármacos estimulantes y activadores generan con mucha frecuencia síndrome depresivo. Pero muchos otros fármacos pueden desencade-

nar un trastorno depresivo. Los más usados son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y los bloqueadores beta, así como los anticonceptivos orales y los corticoides. Es muy habitual la patología dual en la que el consumo de droga va asociado a un cuadro de depresión y/o ansiedad. El consumo de alcohol puede ser un indicador de un cuadro depresivo. La abstinencia de cocaína desencadena un síndrome depresivo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:1144-6.

- Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateo JL, Romera I, et al. Póster presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Pamplona; 2005.
- DSM-IV-TR APA (American Psychiatry Association), Pichot P, López-Ibor JJ, et al. DSM-IV Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
- Gelder M, Mayou R, Geddes J, Checkley S, Paikel E. Oxford. Psiquiatría. Madrid: Marbán Libros. S.L.; 2000.
- Gilaberte I. Nuevas perspectivas en la Depresión. Madrid: Aula Médica; 2004.
- Hidalgo I, Díaz RJ. Psiquiatría clínica. Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales. Madrid: Aula Médica; 1998.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Verloin deGruy F, Hahn SR, et al. Primary Care Evaluation of Mental Disorders Prime – MD; 1995.
- Vallejo J, Leal C, Urretavizcaya M, Pérez V, Cañas F, Gascó C, et al. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2004.
- Vázquez-Barquero JL, Herrán A, et al. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 1998.