

Vídeo 5: Diagnóstico y evaluación inicial de la depresión mayor

Víctor Pérez, Psiquiatra. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar.

A continuación, introduciremos el diagnóstico y la evaluación inicial de la depresión mayor.

Como ya se ha comentado en otros módulos, la depresión mayor es una enfermedad altamente prevalente, una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres van a padecer una depresión a lo largo de la vida y existen una serie de factores de riesgo bien conocidos, como tener problemas económicos o sociales, y otros como que los hombres solteros se deprimen más que los casados mientras que las mujeres casadas se deprimen más que las solteras.

Todo ello implica que la depresión no es un enfermedad sencilla sino mas bien compleja, en la que existen diferentes etiopatogenias: en torno al 20-30 por ciento de las causas por las que alguien se deprime van a ser genéticas; hay una serie de moduladores hormonales y de género (las mujeres se deprimen el doble que los varones) y una serie de situaciones estresantes, especialmente durante la infancia, que en los últimos años han resultado ser esenciales para que alguien se deprima. Las personas que han sufrido abusos o malos tratos durante la infancia y adolescencia tienen con mas frecuencia enfermedad mental y sintomatología depresiva.

Sabemos que hay factores esenciales para que una persona sea vulnerable a la depresión como la personalidad y/o la resiliencia. En los primeros episodios depresivos es muy frecuente la presencia de acontecimientos vitales estresantes como desencadenantes del episodio. En los episodios posteriores la relación con los desencadenantes no es tan clara. Lo que sí parece claro es que una vez un enfermo tiene un primer episodio depresivo hay muchas más posibilidades de tener un segundo episodio: Los episodios depresivos únicos representan el 25 %, hay un 50% de tener un segundo episodio depresivo después del primero, y a partir del segundo episodio depresivo, hay un 90% de posibilidades de tener un tercero.

Muchas veces, pese a un tratamiento adecuado, los enfermos no mejoran lo suficiente. De hecho, un 15% no acaban de mejorar y un 5 % fallecen por suicidio, siendo la sintomatología depresiva la que más se asocia con el suicidio.

A la hora de hacer el diagnóstico de depresión se utilizan los criterios diagnósticos del DSM-V, son sencillos de utilizar y requieren un entrenamiento mínimo. Esencialmente consisten en que el enfermo tenga:

1. Estado de ánimo deprimido
o
2. Pérdida de interés en lo que antes le despertaba interés (anhedonia).

Y 5 de los siguientes:

3. Pérdida o ganancia de peso.
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación psicomotora o apatía

6. Fatiga o falta de energía
7. Sentimientos de culpa o de ruina personal
8. Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio .

Estos síntomas tienen que estar presentes un mínimo de 2 semanas de forma mantenida y es entonces cuando hablamos de un episodio depresivo mayor. El único instrumento para realizar un correcto diagnóstico de la depresión mayor es la entrevista clínica, pudiendo utilizar diferentes escalas para confirmar el diagnóstico o evaluar la gravedad. Habitualmente se recomienda hacer el screening de trastorno depresivo mayor en aquellas personas en riesgo, bien por los síntomas o por su situación, preguntando por los dos primeros criterios diagnósticos de la depresión (tristeza mantenida i/o anhedonia).

La escala recomendada por la guía de tratamiento de la depresión es la PHQ-9, una escala bien conocida y validada en muchos idiomas, auto o heteroadministrada, muy sencilla y que consiste en un *check list* de los criterios diagnósticos del DSM que permite clasificar la depresión dependiendo de la gravedad:

- <10: síntomas mínimos
- 10-14: depresión leve
- 15-19: depresión moderada
- 20-27: depresión grave

Esta clasificación según intensidad es esencial para evaluar el tratamiento más apropiado para cada paciente.

Existen diversas clasificaciones clásicas de la depresión, pero han sido poco prácticas desde el punto de vista clínico, de forma que actualmente se caracteriza la depresión según si:

- Primer episodio o recidivante.
- Intensidad sintomática (leve, moderada o grave)
- Gravedad, sobre todo cuando aparecen síntomas que complican el caso (ideas de suicidio, síntomas psicóticos congruentes o incongruentes con estado de ánimo)

Hay que hacer un diagnóstico diferencial de:

- Tristeza normal.
- Duelo. Aunque si aparece sintomatología depresiva y cumple criterios de depresión se recomienda diagnóstico y tratamiento.
- Consumo de sustancias.
- Trastorno adaptativo.
- Trastorno bipolar.
- Depresión secundaria a otro trastorno mental o enfermedad orgánica.

En enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, epilepsia), la sintomatología depresiva es muy frecuente. Hay que controlar la enfermedad orgánica y tratar el síndrome depresivo si lo requiere.

¿Cuándo enviar a un especialista un enfermo con sintomatología depresiva?

La mayoría de estos pacientes son tratados en primaria pero existen una serie de indicadores que señalan que es recomendable que un enfermo lo valore o lo trate un especialista en salud mental:

- Enfermos de trastorno bipolar (han presentado manía/hipomanía)
- Pacientes con depresión que no responden a los primeros tratamientos
- Alta gravedad de depresión y/o con síntomas psicóticos

Cuando ingresar y/o pedir valoración especializada ¿

- Se valora riesgo de suicidio con planificación
- Tentativa de suicidio reciente
- Riesgo de suicidio con bajo autocontrol i/o apoyo familiar
- Sintomatología depresiva grave o psicótica
- Pacientes sin familia o sin capacidad de autocura.

En la depresión mayor se recomienda un tratamiento escalonado adecuado a los síntomas y necesidades de cada paciente, incrementando/cambiando de tratamiento.

En esta última diapositiva recordamos lo que ya se ha dicho/se dirá en otros módulos para recordar las indicaciones de la guía catalana para el tratamiento de la depresión:

- Depresión leve: Se recomienda observación y seguimiento del enfermo, intervenciones psicosociales como autoayuda o *counselling*. Solo en el caso de episodios depresivos previos valoraremos el tratamiento farmacológico
- Depresión moderada/grave o leve sin respuesta a tratamiento inicial: Tratamiento antidepressivo y/o intervenciones psicoterapéuticas y interconsulta con SM en casos graves.
- Depresión moderada/grave sin respuesta a tratamiento o con complicaciones: Derivación a centro de salud mental para iniciar otros tratamientos.
- Riesgo vital (Ideación suicida/comorbilidad), resistencia al tratamiento o incapacidad de autocura: Tratamientos combinados, intervención psicológica, derivación a SM o ingreso hospitalario.