

Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico

Fecha de la última revisión: 04/08/2014

Cursos Fisterra relacionados:

► [Actualización problemas clínicos en A...](#)

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Factores de riesgo](#)
3. [Criterios diagnósticos](#)
4. [Diagnóstico diferencial](#)
5. [Instrumentos de evaluación](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica y física.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina, etc.), alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir los cambios patológicos de los ordinarios viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

La sintomatología de la enfermedad puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.

En algunos casos se asocia a otras entidades psicopatológicas como la ansiedad, la distimia, las crisis de pánico, el abuso de alcohol u otras sustancias, algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas y trastornos de la conducta alimentaria y algunos de la personalidad.

La depresión mayor se puede iniciar a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 15 y 45 años y su edad media de inicio es a los 30 años. La prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%. Ser mujer, casada con anterioridad (separada o viuda), desempleada o incapacitada para trabajar se asocia a mayor riesgo (Gabilondo A, 2010). Además, entre los pacientes hospitalizados se eleva hasta un 18,9% (Crespo D, 2001) y algunos grupos, como los inmigrantes no regularizados, son especialmente vulnerables, con un porcentaje del 40,7% (Barro Lugo S, 2004).

Factores de riesgo

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla (tabla 1) (Butler R, 2006; Hamalainen J, 2001; Klein DN, 2011; Haro JM, 2006; Weissman MM, 2005; King M, 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Tabla 1. Factores de riesgo y procesos asociados a depresión.	
Factores personales y sociales	• Sexo femenino. • Presencia de enfermedades crónicas (físicas o mentales). • Rasgos de personalidad neurótica, trastornos de ansiedad, distimia y ataques de pánico. • Enfermedades cardíacas y diversas patologías endocrinas (diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinémica). • Migraña. • Consumo de alcohol y tabaco. • Dificultades económicas y circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad). • Estrés crónico, exposición a adversidades y experiencias de discriminación.
Factores cognitivos	• Esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, estilo rumiativo de respuesta y sesgos atencionales.
Factores familiares y genéticos	• Antecedentes familiares de depresión. • Polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina.

El riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión que en la población general, y 20 veces mayor en caso de depresión grave. Este riesgo se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio). Los factores de riesgo para el suicidio aparecen en la tabla 2 (Grupo de

Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio en personas con depresión mayor.
• Antecedentes de intentos de suicidio previos. • Antecedentes de suicidio en la familia. • Niveles altos de impulsividad y agresividad. • Desesperanza. • Sexo masculino. • Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas. • Otros trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad (trastorno limite). En la esquizofrenia y trastorno bipolar el riesgo de consumación es mayor.

En todo paciente con un trastorno depresivo mayor se recomienda explorar las ideas de muerte y de intención autolítica, recogiendo además la existencia de intentos previos.

En pacientes con alto riesgo de suicidio se recomienda un apoyo adicional frecuente y valorar su derivación urgente al segundo nivel asistencial. Deberá considerarse la hospitalización en aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio.

Criterios diagnósticos

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) y DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (tablas 3 y 4). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Tabla 3. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10.
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.
• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. • Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual. • Empeoramiento matutino del humor depresivo. • Presencia de enlentecimiento motor o agitación. • Pérdida marcada del apetito. • Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes. • Notable disminución del interés sexual.
Fuente: adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.

Tabla 4. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.
A. Criterios generales para episodio depresivo:
1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:
1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
D. Puede haber o no síndrome somático.
Según estos criterios, podemos clasificarlo: • Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. • Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association, 2013). El DSM-5 no introduce grandes cambios respecto a los criterios propuestos en del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

No se recomienda el cribado rutinario de la depresión en población general, aunque debe tenerse en cuenta su posible existencia en personas con factores de riesgo (U.S. Preventive Services Task Force, 2009; Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2013; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Cuando en una exploración rutinaria se observe algún indicador de depresión, se recomienda emplear dos preguntas referentes al estado de ánimo y a la capacidad de disfrute para evaluar la posible presencia de patología depresiva “durante el pasado mes, ¿te has sentido desanimado, deprimido o desesperanzado?” y “durante el pasado mes, ¿has sentido poco interés o has disfrutado poco haciendo las cosas?” (Whooley MA, 1997). En caso de respuesta afirmativa, se recomienda realizar una adecuada evaluación psicopatológica.

Diagnóstico diferencial

En la tabla 5 se presentan las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva. Es importante tener en cuenta estos factores con el fin de realizar las pruebas pertinentes que orienten en estas patologías.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de la depresión.	
Patologías médicas	Trastornos mentales
• Endocrino/Metabólicas: patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, porfiria. • Infecciosas: tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr infection, VIH, sífilis terciarias. • Neurológicas: alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia. • Neoplasias: carcinomatosis, cáncer páncreas. • Otros: lúes, dolor crónico.	• Trastorno angustia/ansiedad. • Trastorno obsesivo compulsivo. • Trastorno bipolar. • Distimia. • Trastornos adaptativos. • Síntomas negativos de la esquizofrenia. • Consumo de tóxicos.

Además de estas patologías, existen drogas y fármacos prescritos para diferentes patologías que pueden causar sintomatología depresiva, por lo que también deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

Instrumentos de evaluación

Aunque en la práctica se usan poco, los cuestionarios de evaluación de la depresión pueden ser útiles en la ayuda al diagnóstico, para valorar la gravedad, para el seguimiento clínico y para ver la respuesta al tratamiento. Existen diferentes instrumentos que han demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la depresión. Entre los más empleados destacan:

- Beck Depression Inventory: tanto su versión original, como sus actualizaciones BDI-IA y BDI-II, han sido adaptados y validados en castellano (Sanz J, 2005; Sanz J, 2013).
- Hamilton Rating Scale for Depression: existe adaptación y validación al castellano de su versión original y análisis comparativos de las versiones de 6, 17 y 24 Items (Ramos-Brieva J, 1986; Bobes J, 2003).
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale: existe versión validada en castellano (Lobo A, 2002).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
- Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. Aten Primaria. 2004;34(9):504. PubMed [PMID: 15563791](#). [Texto completo](#)

• Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N; Grupo de Validacion en Espanol de Escalas Psicometricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin (Barc). 2003;120(18):693-700. PubMed **PMID: 12781095. Texto completo**

• Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al. Depressive disorders. Am Fam Physician. 2006;73(11):1999-2004. PubMed **PMID: 16770932. Texto completo**

• Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, et al. Recommendations on screening for depression in adults. CMAJ. 2013;185(9):775-82. PubMed **PMID: 23670157. Texto completo**

• Crespo D, Gil A, Porras Chavarino A; Grupo De Investigación en Depresión y Psiquitría de Enlace. Prevalencia de los trastornos depresivos en psiquiatría de enlace. Actas Esp Psiquiatr. 2001;29(2):75-83. PubMed **PMID: 11333524**

• Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord. 2010;120(1-3):76-85. PubMed **PMID: 19428121. Texto completo**

• Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. **Texto completo**

• Hämäläinen J, Kaprio J, Isometsä E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. J Epidemiol Community Health. 2001;55(8):573-6. PubMed **PMID: 11449015. Texto completo**

• Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al.; Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51. PubMed **PMID: 16620730. Texto completo**

• Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1-3):17-28. PubMed **PMID: 23411024**

• King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(12):1368-76. PubMed **PMID: 19047523. Texto completo**

• Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:269-95. PubMed **PMID: 21166535. Texto completo**

• Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc). 2002;118(13):493-9. PubMed **PMID: 11975886. Texto completo**

• National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). NICE Clinical Guidelines, No. 90. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. PubMed **PMID: 22132433. Texto completo**

• Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

• Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la escala. Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1986;14(4):324-34. PubMed **PMID: 3776732**

• Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud. 2005;16(2):121-42. **Texto completo**

• Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Anal Psicol. 2013;29(1):66-75. **Texto completo**

• Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. Br J Psychiatry. 2005;186:314-8. PubMed **PMID: 15802688. Texto completo**

• U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults. Recommendation Statement [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2009 [acceso 26/07/2014]. Disponible en: **<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/adultdepression/addeprrs.htm>**

• Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(1):29-36. PubMed **PMID: 15630070. Texto completo**

• Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439-45. PubMed **PMID: 9229283. Texto completo**

Más en la red

- Este documento tiene como punto de partida la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/01. **[Versión completa](#)** **[Versión resumida](#)**

Autores

▪ Arturo Louro González	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
▪ María Elena de las Heras Liñero	Médico Especialista en Psiquiatría (2)
▪ Gerardo Atienza Merino	Doctor en Medicina (3)
▪ Yolanda Triñanes Pego	Licenciada en Psicología (4)
▪ María Álvarez Ariza	Médico Especialista en Psiquiatría (5)
▪ Amparo González García	Diplomada en Enfermería. Especialista en Salud Mental (6)
▪ Delia Guitián Rodríguez	Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica (7)

- (1) Servicio de Atención Primaria de Cambre-Carral. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.
- (2) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
- (3) Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.
- (4) Técnica de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade.
- (5) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
- (6) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- (7) Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.

Miembros del Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Servizo Galego de Saúde.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

