

# depresión aguda – acute depression

Authored by  
memjavad

October 19, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *depresión aguda – acute depression*. Spanish Psychological Databases.  
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=803>

## Depresión Aguda

**Primary Disciplinary Field(s):** Psiquiatría, Psicología Clínica, Neurociencias

### 1. Definición y Delimitación Conceptual

El término **depresión aguda** se utiliza en el contexto clínico para describir la aparición súbita o el estado actual de un episodio depresivo mayor (EDM) caracterizado por una intensidad significativa y un deterioro funcional marcado. Es fundamental entender que, si bien la etiqueta "aguda" no constituye una categoría diagnóstica independiente dentro de sistemas estandarizados como el [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales \(DSM-5\)](#), sí subraya la gravedad y el inicio reciente de la condición, diferenciándola de la depresión crónica o de cuadros distímicos de menor intensidad pero mayor duración. La fase aguda es aquella en la que los síntomas alcanzan su pico de severidad, requiriendo a menudo una intervención terapéutica inmediata para mitigar el riesgo de autolesión o suicidio.

Conceptualizar la depresión como "aguda" implica reconocer que el paciente experimenta una ruptura notable con su estado basal previo, manifestada por la tríada clásica de síntomas: ánimo deprimido persistente, pérdida de interés o placer ([anhedonia](#)) y una disminución significativa de la energía. Esta fase requiere una evaluación rigurosa para descartar etiologías médicas subyacentes o el inicio de un trastorno bipolar, cuya manifestación inicial puede simular un episodio depresivo unipolar. La naturaleza aguda de la presentación es, por lo tanto, un descriptor clínico crucial que orienta la urgencia y el tipo de tratamiento a implementar.

La delimitación de la depresión aguda también se extiende a la temporalidad. Según los criterios diagnósticos estándar, los síntomas deben estar presentes casi todos los días durante al menos dos semanas. En el contexto agudo, estos síntomas no solo cumplen los criterios de frecuencia y duración, sino que están acompañados por una angustia subjetiva extrema y una incapacidad para mantener las responsabilidades sociales, laborales o académicas. El enfoque en la agudeza permite a los profesionales de la salud mental priorizar la estabilización del paciente y la reducción de los síntomas más incapacitantes antes de abordar los factores precipitantes o las vulnerabilidades subyacentes.

### 2. Diferenciación Clínica y Contexto Nosológico

Aunque la depresión aguda es sinónimo de un episodio depresivo mayor severo, su diferenciación clínica es vital respecto a otras presentaciones afectivas. La distinción más importante radica en la duración y la recurrencia. A diferencia de la [distimia](#) (Trastorno Depresivo Persistente), donde los síntomas son crónicos (durando al menos dos años) y típicamente menos intensos, la depresión aguda se caracteriza por su aparición explosiva y su alta intensidad sintomática. No obstante, un

episodio agudo puede superponerse a una distimia preexistente, dando lugar a lo que se denomina "doble depresión", un cuadro de particular complejidad y peor pronóstico.

Otro aspecto crucial en la diferenciación es la exclusión del **Trastorno Bipolar**. Un episodio depresivo agudo puede ser la primera manifestación de un trastorno bipolar (Tipo I o Tipo II). La correcta identificación es crítica, ya que el tratamiento de la depresión bipolar difiere sustancialmente del tratamiento de la depresión unipolar. La administración de antidepresivos sin un estabilizador del ánimo en un paciente bipolar puede precipitar un cambio hacia la fase maníaca o hipomaníaca, exacerbando la inestabilidad clínica. Por ello, la evaluación exhaustiva del historial familiar y personal en busca de episodios de euforia, irritabilidad o disminución de la necesidad de sueño es obligatoria en la fase aguda.

Finalmente, la depresión aguda debe distinguirse de las reacciones de duelo complicadas y de los trastornos de adaptación con ánimo deprimido. Si bien el duelo normal tras una pérdida significativa puede compartir síntomas con la depresión, generalmente no alcanza la intensidad, la persistencia de la anhedonia o la ideación de inutilidad que caracterizan un EDM agudo. La intervención en la fase aguda se centra en la restauración de la funcionalidad y la seguridad, mientras que el manejo del duelo se enfoca en el procesamiento emocional de la pérdida. La presencia de síntomas psicóticos (como delirios de culpa o alucinaciones congruentes con el estado de ánimo) es un marcador de severidad extrema dentro de la fase aguda, requiriendo un manejo hospitalario y la adición de antipsicóticos al régimen terapéutico.

### 3. Fisiopatología y Etiología Neurobiológica

La etiología de la depresión aguda es multifactorial, involucrando una compleja interacción de factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales. A nivel neurobiológico, la hipótesis clásica se centra en el desequilibrio de los **neurotransmisores monoaminérgicos**, particularmente la serotonina, la norepinefrina y, en menor medida, la dopamina. La fase aguda del trastorno se correlaciona con una disminución en la disponibilidad o función de estos neurotransmisores en las hendiduras sinápticas, lo que afecta la regulación del estado de ánimo, el sueño y el apetito. Sin embargo, esta hipótesis ha evolucionado para incluir modelos más sofisticados que consideran la regulación de los receptores y la señalización intracelular.

Una línea de investigación más reciente y robusta se enfoca en la **neuroplasticidad** y la atrofia estructural. Se ha observado que el estrés crónico o severo (que a menudo precede a la fase aguda) puede llevar a la atrofia dendrítica y a una reducción en el volumen de estructuras cerebrales clave, como el hipocampo y la corteza prefrontal. Esto se vincula con una disminución en los factores neurotróficos, especialmente el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (**BDNF**). La depresión aguda, vista desde esta perspectiva, representa una falla en la capacidad del cerebro para adaptarse y reparar el daño neuronal inducido por el estrés, resultando en un

colapso funcional.

Además, la disfunción del Eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA) juega un papel central. Muchos pacientes en la fase aguda de la depresión muestran una hipersecreción de cortisol y una falta de supresión al test de dexametasona, indicando una desregulación en la respuesta al estrés. Este exceso de cortisol, una hormona del estrés, tiene efectos neurotóxicos a largo plazo y contribuye a los síntomas depresivos, incluyendo las alteraciones del sueño y los problemas cognitivos. La inflamación también ha emergido como un factor relevante; niveles elevados de citoquinas proinflamatorias se asocian con la severidad del episodio agudo y pueden mediar la comunicación entre el sistema inmunológico y el cerebro, afectando el metabolismo de los neurotransmisores.

#### 4. Presentación Clínica Detallada

La manifestación de la depresión aguda se caracteriza por la profundidad y la pervasividad de los síntomas, que afectan prácticamente todas las esferas de la vida del individuo. El síntoma cardinal es el **ánimo deprimido**, que es descrito como tristeza, vacío o desesperanza, presente la mayor parte del día, casi todos los días. A menudo, este estado es tan intenso que los pacientes reportan un entumecimiento emocional o la incapacidad de experimentar placer, incluso ante estímulos que previamente resultaban gratificantes (anhedonia). Esta anhedonia es uno de los marcadores más fiables de un episodio depresivo mayor.

Los síntomas neurovegetativos son prominentes en la fase aguda. Las alteraciones del sueño son comunes, ya sea insomnio (típicamente despertar temprano por la mañana e incapacidad para volver a conciliar el sueño, conocido como insomnio terminal) o, menos frecuentemente, hipersomnia. Las alteraciones del apetito y el peso también son habituales, llevando a una pérdida o ganancia significativa de peso en un corto período. Estos síntomas físicos contribuyen al diagnóstico de un episodio severo y reflejan la disfunción hipotalámica asociada a la enfermedad.

A nivel cognitivo y conductual, la depresión aguda se manifiesta con una marcada disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Los pacientes experimentan fatiga persistente (**astenia**) y una lentitud psicomotora observable por otros (enlentecimiento del habla y los movimientos), o, en algunos casos, agitación. La culpa y la inutilidad alcanzan proporciones delirantes en las formas más graves, y la **ideación suicida** es una característica central y peligrosa de la fase aguda. Esta ideación puede variar desde pensamientos pasivos de querer morir hasta la planificación detallada de un acto autolesivo, requiriendo hospitalización inmediata para garantizar la seguridad del paciente.

#### 5. Criterios Diagnósticos y Evaluación

El diagnóstico de la depresión aguda se basa en la aplicación rigurosa de los criterios establecidos

por el DSM-5 para un Trastorno Depresivo Mayor. Se requiere la presencia de cinco (o más) de una lista de nueve síntomas durante el mismo período de dos semanas, representando un cambio respecto al funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer. Para calificar el episodio como "agudo" y severo, el número y la intensidad de los síntomas deben causar un deterioro funcional obvio, y la evaluación de riesgo de suicidio debe ser prioritaria.

La evaluación clínica en la fase aguda incluye el uso de instrumentos de medición estandarizados que ayudan a cuantificar la severidad. Escalas como la [Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión \(HAM-D\)](#) o el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) son herramientas esenciales que permiten monitorizar la respuesta al tratamiento. La evaluación también debe incluir un cribado exhaustivo de comorbilidades médicas (ej. hipotiroidismo, anemia) y psiquiátricas (ej. abuso de sustancias, trastornos de ansiedad) que puedan estar exacerbando o causando la presentación aguda.

Un componente crítico de la evaluación diagnóstica en la presentación aguda es la determinación de la necesidad de hospitalización. La indicación principal es el riesgo inminente de suicidio u homicidio, la incapacidad grave para el autocuidado (como la negativa a comer o beber), o la presencia de síntomas psicóticos. La hospitalización psiquiátrica proporciona un entorno seguro y estructurado para la rápida estabilización farmacológica y la implementación de terapias de apoyo intensivas, lo cual es fundamental para superar la crisis aguda.

## 6. Manejo Terapéutico en la Fase Aguda

El tratamiento de la depresión aguda requiere un enfoque multimodal e intensivo. La primera línea de tratamiento farmacológico involucra el uso de [antidepresivos](#), predominantemente los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) o los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN). La elección del agente se basa en el perfil de síntomas, las comorbilidades y la tolerabilidad del paciente. Es crucial educar al paciente sobre el retraso en la respuesta terapéutica (generalmente 2 a 4 semanas) y la necesidad de adherencia estricta al régimen, incluso si los síntomas persisten inicialmente.

Paralelamente a la farmacoterapia, la **psicoterapia** es indispensable. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser altamente efectiva en la fase aguda, ayudando a identificar y modificar los patrones de pensamiento negativos (distorsiones cognitivas) que mantienen el estado depresivo. Otras modalidades, como la Terapia Interpersonal (TIP), se enfocan en mejorar las relaciones sociales y abordar los conflictos interpersonales que a menudo precipitan o mantienen el episodio agudo. En la fase aguda severa, la terapia se realiza inicialmente de manera más estructurada y de apoyo, centrándose en la psicoeducación y la activación conductual.

Para casos de depresión aguda grave o resistente al tratamiento, se consideran intervenciones avanzadas. La **Terapia Electroconvulsiva (TEC)** es el tratamiento más rápido y eficaz para la depresión severa con riesgo de vida, la depresión psicótica o la depresión catatónica, ofreciendo tasas de respuesta superiores al 80%. Otras opciones incluyen la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) o la ketamina, que ofrecen mecanismos de acción rápidos, especialmente útiles cuando se requiere una respuesta sintomática acelerada para mitigar el riesgo de suicidio.

## 7. Pronóstico y Riesgo de Cronicidad

El pronóstico de un episodio de depresión aguda es generalmente favorable con un tratamiento adecuado, aunque la recuperación completa puede tardar varios meses. La meta inmediata del tratamiento es la remisión, definida como la ausencia casi total de síntomas depresivos. Sin embargo, un factor de riesgo significativo es la **recurrencia**. Un paciente que ha experimentado un episodio agudo tiene un riesgo sustancialmente mayor de sufrir episodios posteriores, con el riesgo aumentando progresivamente con cada recaída.

La cronicidad, es decir, la persistencia de síntomas depresivos durante dos años o más, es una complicación seria. Factores como la edad de inicio temprana, la gravedad de los síntomas en la fase aguda, la presencia de comorbilidades psiquiátricas (especialmente trastornos de ansiedad o personalidad) y la respuesta parcial al tratamiento inicial aumentan el riesgo de que la depresión aguda se convierta en un trastorno crónico. La prevención de la cronicidad requiere un tratamiento de mantenimiento prolongado, que a menudo incluye la continuación de la medicación antidepresiva y la psicoterapia después de que se logra la remisión aguda.

El manejo a largo plazo después de la superación de la fase aguda se centra en la prevención de recaídas. Esto implica la monitorización continua de los síntomas residuales (incluso síntomas leves predicen una mayor probabilidad de recaída), la optimización de los hábitos de vida (ejercicio, dieta, higiene del sueño) y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para el estrés. La educación del paciente y de la familia sobre los signos tempranos de una recaída es esencial para permitir una intervención temprana y evitar una nueva crisis aguda.

## Lecturas Adicionales

[American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM-5\).](#)

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\). Clasificación Internacional de Enfermedades \(CIE-11\).](#)

[Wikipedia en español: Trastorno Depresivo Mayor.](#)

[Wikipedia en español: Neurotransmisor.](#)