

# "ELLAS ME DECÍAN QUE NO VALÍA, QUE ME QUITARA DE ENMEDIO".



Calero Mora, C<sup>1</sup>, Megías Simarro N<sup>1</sup>, Botías Cegarra P<sup>1</sup>, Ibernón Caballero I<sup>1</sup>, Pina Franco SA<sup>1</sup>, Gavilán Morales M<sup>1</sup>, Martínez-Carlón Bueso M<sup>1</sup>, Fueyo Estevez M<sup>1</sup>, Valero López G<sup>1</sup>, Llor Esteban B<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain.

<sup>2</sup>Departamento de Ciencias socio-sanitarias, Universidad de Murcia, Spain.



## PALABRAS CLAVE

Depresión mayor, síntomas psicóticos.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los trastornos depresivos constituyen un grupo heterogéneo de cuadros clínicos, cuya severidad se distribuye en un continuum<sup>1</sup>, desde las formas leves a formas graves que afectan a la funcionalidad del individuo. Éstas depresiones graves se pueden presentar con o sin síntomas psicóticos<sup>2</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 35 años que acude a urgencias por presentar un cuadro de alucinaciones auditivas intrapsíquicas que describe como amenazantes, imperativas y que le impelen al suicidio, sentimientos extremos de culpabilidad y ánimo bajo de meses de evolución. Relata clínica depresiva mayor con claro ritmo endógeno y pérdida de 15kg de peso en los últimos dos meses. Se siente desesperado y verbaliza querer acabar con su vida aunque de forma no estructurada.

## RESULTADOS

Nuestro paciente cumplía varios criterios de depresión mayor según el DSM-V<sup>2</sup>. Para el tratamiento de depresiones mayores con síntomas psicóticos como los que presentaba nuestro paciente, se recomiendan el uso conjunto de un antidepresivo y un antipsicótico, aunque en ocasiones es necesaria la terapia electro-convulsiva (TEC) para conseguir la remisión de los síntomas<sup>3</sup>. En nuestro caso, los síntomas remitieron únicamente con tratamiento farmacológico.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de los trastornos depresivos es muy variable. Algunos estudios estiman una prevalencia-año del 4.1%, pero con una gran dispersión de cifras (2.2-36.1%) debido a problemas en la estructura metodológica de los estudios<sup>1</sup>. Se estima a su vez, que hasta el 20% de los pacientes pueden reunir criterios de depresión psicótica<sup>4</sup> aumentado esta prevalencia hasta el 45% en pacientes ancianos hospitalizados por depresión<sup>3</sup>.

Los síntomas psicóticos en esta patología están compuestos por delirios o alucinaciones congruentes o no con su estado de ánimo<sup>2</sup>. La aparición de estos síntomas se asocia a un peor pronóstico a corto plazo así como un mayor tiempo hasta la recuperación y una discapacidad y mortalidad superiores a cuando no se presentan los síntomas psicóticos<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Elena Ezquiaga-Terrazas E, García-López A, Díaz-de-Neira M, García-Barquero MF. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (111), 457-475.
- (2) American Psychiatric Association. Trastornos depresivos. En: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría 2013.
- (3) Wijkstra J, Burger H, Van Den Broek WW, Birkenhäger TK, Janzing JGE, Boks MPM et al. Treatment of unipolar psychotic depression: a randomized, double-blind study comparing imipramine, venlafaxine, and venlafaxine plus quetiapine. Acta Psychiatrica Scandinavica Mar 2010; 121(3):190-200.
- (4) Andreescu C, Reynolds CF. Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. Psiq Biol. 2012;19(4):116-126.