

“LA AUTOLESIÓN DE UN EPISODIO DEPRESIVO”

Natividad Megías Simarro 1 Cecilia Calero Mora 1 José Antonio Ruíz Hernández 2 María Gavilán Morales 1 Gabriel Valero Lopez 1 Santiago Pina Franco 1

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain.

2. Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, Universidad de Murcia, Spain.

Palabras clave: Episodios depresivos, Intento autolítico, Ideas delirantes

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La psicosis depresiva es un término antiguo para lo que hoy se denomina según la CIE-10 un "episodio depresivo grave con síntomas psicóticos". Este trastorno comprende síntomas tanto de depresión como de psicosis en un individuo sin un diagnóstico subyacente de un trastorno psicótico. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente de 66 años, que tras ingresar en Traumatología por autolesión en mano y antebrazo derecho con un hacha, es derivada a Psiquiatría. No presenta antecedentes somáticos de interés. Como antecedentes psiquiátricos: varios episodios depresivos que siguen patrón estacional (primavera-otoño), el primero tras el nacimiento de su primera hija hace 35 años. Intento autolítico hace 12 años con ingesta de psicofármacos. Antecedentes familiares: madre, episodios depresivos. Situación basal: casada. Ama de casa. Tiene 4 hijos independientes. Historia actual: refiere estado de ánimo bajo durante de varios meses de evolución, con empeoramiento durante las últimas semanas. Ideas delusivas de celos. Importante pérdida de peso. Hace 3 días la mujer realiza la tentativa golpeándose con el hacha, siendo encontrada por su marido al llegar del trabajo. A la exploración psicopatológica: consciente y orientada en tres esferas. Colaboradora. Facies hipomímica. Sentimientos de desesperanza y minusvalía. Anhedonia. Relata alteraciones de la atención y concentración mas marcada con los episodios depresivos. Ideas delirantes de autorreferencia y de culpa. No episodios hipomaniacos. Hiporexia. Insomnio de características mixtas. Persistencia de ideas autolíticas

RESULTADOS

Durante su estancia en planta se inició tratamiento con Sertralina 100mg, Sulpiride 50mg cada 8 horas, Olanzapina 10mg, Lorazepam 1mg. La paciente fue diagnosticada de Episodio Depresivo con ideas delirantes congruentes con estado de ánimo. Evolucionó favorablemente, mejorando el estado de ánimo y disminuyendo las ideas delirantes. Fue dada de alta con el tratamiento pautado en planta para seguimiento y posterior control ambulatorio.

CONCLUSIONES

La prevalencia de Depresión Psicótica es del 0.4% y de la no psicótica, del 2%. El 14% de pacientes con depresión mayor, presentan clínica psicótica. El 25% de los pacientes internados con depresión, presentan síntomas psicóticos. La depresión psicótica presenta en comparación con la no psicótica, mayor severidad, mayor incapacidad, menor probabilidad de respuesta a placebo, mayor duración de episodios y recurrencia de características psicóticas en episodios posteriores.

Sobre el tratamiento de la depresión unipolar con síntomas psicóticos diversos estudios sobre el tratamiento³ de esta patología, consideran la terapia electroconvulsiva lo más efectivo. Según el balance de riesgos y beneficios el inicio con un antidepresivo solo, añadiendo posteriormente un AP si no responde, parece ser lo más adecuado, aunque esto no concuerda por completo con la práctica habitual a la que estamos acostumbrados al enfrentarnos a un paciente que padece un episodio de depresión psicótica

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin: *Esquizofrenia*. En: SKaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
2. 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.
3. *Tratamiento farmacológico para la depresión psicótica*. Wijkstra J, Lijmer J, Balk F, Geddes J, Nolen WA. *Revisión Cochrane, Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, núm 4.