

# Valoración de enfermería en salud mental: Casos Clínicos I

Coordinadores:

- **Dr. Agustín Javier Simonelli Muñoz.**  
Profesor del Departamento de Enfermería de la UCAM.
- **Dra. Pilar Salorio del Moral.**  
Psicóloga Clínica Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

Edita



Colegio Oficial de  
Diplomados en Enfermería

Colabora



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO  
**UCAM**

ISBN: 978-84-692-7112-4

Noviembre de 2009

Valoración de enfermería en salud mental: Casos Clínicos I

# Valoración de enfermería en salud mental: Casos Clínicos I

- 1- Trastorno Esquizofrénico
- 2- Trastorno Depresivo
- 3- Trastorno Bipolar
- 4- Trastorno Conversivo y Disociativo



Documento1 - Microsoft Word

Inicio Insertar Diseño de página Referencias Correspondencia Revisar Vista

Cortar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles

Calibri (Cuerpo) 11

AaBbCcDd 1 Normal 1 Sin espa... AaBbCi Título 1 AaBbCc Título 2 AaB Título AaBbCc Subtítulo Cambiar estilos

Buscar Reemplazar Seleccionar Edición

Valoración de enfermería en salud mental

## Créditos

Valoración en enfermería de la salud mental (UCAM) Noviembre 2009

(Todos los videos protegidos por copyright © del autor)

ISBN-978-84-692-7112-4

Coordinadores:

Dr. Agustín Javier Simonelli Muñoz. Profesor del Departamento de Enfermería de la UCAM  
Dra. Pilar Salorio del Moral. Psicóloga clínica Hospital General Universitario Reina Sofia (Murcia)



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO  
**UCAM**

Volver al Menú Principal

Salir

Página: 1 de 4 Palabras: 0

10:27 30/01/2019

Document1 - Microsoft Word

Inicio Insertar Diseño de página Referencias Correspondencia Revisar Vista

Cortar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles

Calibri (Cuerpo) 11

AaBbCcDd E Normal 1 Sin espa... AaBbCc Título 1 AaBbCc Título 2 AaBbCc Título AaBbCc Subtítulo Cambiar estilos

Buscar Reemplazar Seleccionar Edición

Valoración de enfermería en salud mental

## Créditos

Relación de Autores:

**Dr. Agustín Javier Simonelli Muñoz. Profesor del Departamento de Enfermería de la UCAM**  
**Dr. Baldomero de Maya Sánchez. Profesor del Departamento de Enfermería de la UCAM**  
**Dr. Carlos Sequeira. Profesor Escuela Superior de Enfermagem de Oporto**  
**Dra. Isabel Fortea Gorbe. Profesora del Departamento de Enfermería de la UCAM**  
**Isabel Mª Soto Ballester. Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Agudos del Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).**  
**Juana Inés Gallego Gómez. Profesora del Departamento de Enfermería de la UCAM**  
**Dra. Pilar Salorio del Moral. Psicóloga clínica Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)**  
**Rebeca N. Zamora Puche. Enfermera Residente de Salud Mental (Murcia).**  
**Dra. Rosario Gómez Sánchez. Profesora del Departamento de Enfermería de la UCAM**  
**Dr. Serafín Balanza Galindo. Profesor del Departamento de Enfermería de la UCAM**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO  
**UCAM**

Volver al Menú Principal

Salir

Página: 2 de 2 Palabras: 0

10:24 30/01/2019

## INTRODUCCIÓN

La acogida que se realiza al inicio del ingreso hospitalario en la unidad de agudos es necesaria ya que la persona queda desvinculada de su medio habitual y se ha de adaptar a un espacio nuevo, desconocido, que puede ser vivido como amenazante y hostil, favoreciendo sentimientos de inseguridad y a veces de miedo. Tener un referente conocido al que poder dirigirse es tranquilizador y al mismo tiempo reasegurador para la persona.<sup>1</sup>

El equipo de enfermería es el responsable de la planificación de cuidados de los pacientes a su cargo; y teniendo en cuenta la observación y las informaciones recibidas, detecta problemas, marca objetivos, planifica acciones para llevarlos a cabo y evalúa los mismos (PAE). Todo esto significa responsabilizarse en un sentido holístico de todo el proceso de cuidados.

El eje central del trabajo de enfermería es la relación de ayuda, establecida mediante la relación interpersonal, propiciando con ello un adecuado ambiente terapéutico. De ahí que sea tan necesaria una buena relación terapéutica desde el mismo momento que el paciente ingresa en nuestra unidad, de lo contrario, es más difícil posteriormente establecerla.

La enfermera es el profesional que mas tiempo dedica a la atención directa a los pacientes, pudiendo influir decisivamente en lo que significa para el paciente su estancia clínica y su integración en el medio. De tal manera, es importante intentar lograr lo que clásicamente se denominó como ambiente terapéutico, que propicie las relaciones positivas entre los implicados.

### Definición de acogida según la Real Academia Española:

Recibimiento u hospitalidad que ofrece una persona o un lugar, Refugio o lugar donde puede alguien acogerse, Protección o amparo, Aceptación o aprobación.

### Definición de acogida según el protocolo de acogida de la unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos cerrada

Conjunto de acciones y normas de actuación establecidas y descritas cronológicamente, que debe llevar a cabo el personal de enfermería cuando un paciente ingresa en dicha unidad.

## OBJETIVOS DE LA ACOGIDA

- Establecer un contacto de aproximación que resulte beneficioso y terapéutico para la persona enferma y para la familia de esta, y con ello, disminuir sus incertidumbres y ansiedades.<sup>2</sup>
- Recibir y alojar al paciente proporcionándole seguridad y facilitando la adaptación.

- Proporcionar al paciente y la familia visión global del servicio, ofreciéndole información sobre el tipo de ingreso y sobre las normas de la unidad. Se le entregará documentos explicativos.
- Realizar entrevista para valoración de enfermería y poder establecer PAE.
- Proporcionar al personal de enfermería unos instrumentos y directrices comunes para establecer una actuación de enfermería de calidad.

Nota: Es posible que no podamos realizar la acogida debido a estado del paciente, agitación, perplejidad... En cuyo caso, se intentara vinculación familiar, intentando también obtener la mayor información posible derivada de esta.

### **FASES DE LA ACOGIDA**

1. Confirmar el ingreso con psiquiatría y pedir información sobre el estado del paciente (agitación, agresividad, perplejidad...)
2. Pedir relevo de enfermería de urgencias.
3. Presentación y ubicación dentro de la unidad, dando información correspondiente.
4. Revisar pertenencias y retirar aquellos objetos que puedan resultar potencialmente peligrosos.
5. Mantener entrevista con el paciente para valoración de enfermería, realizar Proceso Enfermero (PE).
6. Se realizará vinculación con la familia, si es posible, dándole información sobre la unidad, proporcionándole los pases de visita y petición de enseres del paciente (agua, ropa interior, tabaco si es fumador, etc.), y resolviendo las posibles dudas que se puedan plantear. Teniendo en cuenta que a los familiares les puede generar el ingreso un estado de incertidumbre y ansiedad, sobre todo si es el primer ingreso.

### **PROCESO ENFERMERO**

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.<sup>3</sup>

#### Ventajas del proceso de atención de enfermería

- Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado.
- Le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales.

- Le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.
- Al profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado.
- Le genera satisfacción en su trabajo.
- Nos permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención.
- Propicia el crecimiento profesional
- Permite asignar atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

#### Fases del proceso de atención de enfermería

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

#### 1. Valoración

Es el proceso de obtener información sobre la persona en su conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

La valoración de enfermería del paciente psiquiátrico se apoya fundamentalmente en la entrevista con él, y puede ser complementada por otras pruebas, sin olvidar a la familia y otros datos aportados por otros profesionales.

#### 2. Diagnóstico de enfermería

(NANDA): un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible.

Los diagnósticos NANDA mas frecuentes en la unidad de agudos de psiquiatría: <sup>4</sup>

- Trastorno de los procesos de pensamiento.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Afrontamiento inefectivo.
- Riesgo de violencia dirigida a otros.
- Deterioro de la comunicación verbal.

- Interrupción de los procesos familiares.
- Aislamiento social.
- Ansiedad.
- Afrontamiento inefectivo.
- Deterioro de la adaptación.
- Temor.
- Riesgo de violencia autodirigida.
- Riesgo de violencia dirigida a otros.
- Deterioro del patrón sueño.

### 3. Planificación

Es el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias). NOC y NIC.

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas:

- Establecer prioridades
- Determinar objetivos
- Planificación de las intervenciones

### 4. Ejecución - intervención

La ejecución es la realización del planeamiento de la atención de enfermería.

### 5. Evaluación

Es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

## **LA ENTREVISTA**

Se lleva a cabo en la etapa de valoración, consiste en una relación entre 2 personas sometida a continuo cambio. El proceso cambia a medida que lo hacen las necesidades y temores de las 2 personas que participan en él.<sup>5</sup>

Debe cumplir 2 requisitos:

1. Obtener la información necesaria que nos pueda llevar a la identificación de problemas y al establecimiento de un plan de actuación y tratamiento.
2. Establecer una buena relación profesional – paciente que permita una comunicación fluida y eficaz.

Para ello la entrevista deberá de ser previamente semiestructurada, los datos que se deriven de ella se obtengan nos permitirán identificar las necesidades de cuidados del paciente, (Diagnósticos NANDA)

Las fases de la entrevista son cinco:

1. Presentación
2. Apertura
3. Cuerpo
4. Cierre
5. Finalización

## 1. PRESENTACIÓN

Comienza cuando el paciente y la enfermera se ven por primera vez. Se hablan de las cosas que vamos a hacer, las cosas que le preocupa al paciente, para hacernos una idea de los síntomas que presenta.

La explicación inicial por parte de la enfermera nos sirve para:

- Disminuir la ansiedad del entrevistado ante el miedo a lo desconocido.
- Educar sutilmente al paciente de la información que debemos recoger y así disminuir sus resistencias.

## 2. APERTURA

Cuando el entrevistador pregunta sobre problemas actuales, comienza la 2ª fase y termina cuando inicia las preguntas sobre temas concretos, es la piedra angular para conseguir el compromiso del entrevistado.

Objetivo de la enfermera: Utilizar una pregunta abierta para dar la palabra al paciente, dando la oportunidad de que sea el paciente quien comience a hablar.

## 3. CUERPO

- No sólo consiste en escuchar empáticamente al paciente, sino también explorar activamente, por tanto es importante estructurar y dirigir la entrevista
- El clima que surge durante una buena entrevista es habilidad del terapeuta basada en el conocimiento, de qué preguntar y cuándo hacerlas durante el cuerpo de la entrevista.
- La fluidez durante el cuerpo de la entrevista consiste en pasar de un tema a otro (Transiciones) aprovechando pistas que nos da el discurso del paciente. En caso de enfermería la información necesaria que debemos registrar, son los 11 patrones funcionales determinados por GORDON, definidos posteriormente.

#### 4. CIERRE

El cierre de una entrevista lleva su tiempo y debe hacerse de una forma clara y sencilla.

El objetivo para la enfermera: es que el paciente esté receptivo para posteriores encuentros o bien acepte la derivación a otro profesional.

#### 5. FINALIZACIÓN

Engloba palabras y gestos finales del entrevistador.

#### Recomendaciones para una entrevista:

La empatía, debe ser el lugar propio del entrevistador, por tanto, sea por las características del paciente o de quien dirige esta se ve bloqueada o se hace imposible, se debiera desistir de ella fijándola para otro momento, o derivándola a otro miembro del equipo.

La escucha debe no solo ser sincera y abierta sino real: no estamos realizando un mero trámite administrativo sino estableciendo un vínculo, un encuentro con otro que además está en una situación de vulnerabilidad.

Quien realiza la entrevista no se encuentra en un nivel superior, por tanto debe ser conciente de sus propias limitaciones y posibilidades para manejar aquello que surja del encuentro, así como de sus propios sentimientos e ideas.

El paciente no puede sentirse juzgado ni el entrevistador debe juzgar: un juicio apresurado anula toda posibilidad de comprensión, de acompañamiento y de vínculo saludable.

Según las posibilidades se debiera realizar la entrevista en un lugar cómodo, iluminado y sin interrupciones.

Las preguntas se deben formular de modo que el paciente no se siente invadido, y según el estilo que el entrevistador ha aprendido y practicado de modo que sintiéndose cómodo con el haga que el paciente sienta igual. Debe ser vivido siempre y necesariamente como un encuentro no como un interrogatorio.

Una buena entrevista es aquella donde el entrevistador cuida y el entrevistado se siente cuidado de tal modo, que posibilite un vínculo terapéutico, saludable.

Autenticidad de la enfermera, la enfermera debe mostrarse tal y como es, de forma que la relación se perciba desde la sinceridad.

Aceptación incondicional, sin establecer juicios de valor previos.

Es importante interrogar sobre el motivo de ingreso para conocer el nivel de insight del paciente, su conciencia de síntomas o de enfermedad si la hay.

### Desarrollo de una adecuada relación

- La relación se va estableciendo conforme la entrevista avanza.
- Aceptar los pensamientos y experiencias del paciente sin juzgarlos
- Se excluye disuadir al paciente de sus pensamientos delirantes.
- No se debe intentar resolver la ansiedad que pueda experimentar el paciente asociada con los síntomas
- La expresión de una actitud comprensiva ante las experiencias inusuales del paciente conseguirá una mejor y más cuidadosa explicitación de su sintomatología, comportamientos y conductas.
- Anotar textualmente comentarios acerca de sus síntomas.

### Dominio de la entrevista

- Los pacientes con una sintomatología activa pueden intentar dirigir la entrevista hacia sus áreas de interés, el entrevistador debe reorientarlo hacia las áreas pertinentes.
- En el caso de que algunos pacientes realicen muchas preguntas no debe existir el temor de demorar las respuestas hasta el final de la entrevista.
- En algunos casos el entrevistador debe ser excesivamente cuidadoso para repetir las preguntas, definir los conceptos en un lenguaje muy simple, repetir las respuestas del paciente para verificar el contenido, reorientar al paciente sobre el tema, eliminar las irrelevancias y las respuestas ilógicas.

### Cuestiones a plantearse de la entrevista

- No se debe renunciar a obtener información de otras fuentes, que pueda clarificar las ambigüedades en que haya podido caer el paciente.
- Los familiares pueden llenar los vacíos en la memoria del paciente.
- El resto del personal puede proporcionar información muy útil.
- La historia e informe previos y actuales también ayudan a completar la información.
- Debemos valernos de todas las fuentes de información para aumentar la validez de la misma.
- Los evaluadores deben ser cautos, deben acumular datos a través del tiempo y guardar el tiempo que conlleva hasta obtener la documentación completa.

La entrevista se basará en los 11 patrones funcionales de salud descritos por Gordon y que han sido conceptualizados y adaptados al campo de la Salud Mental por Fornes J y Carballal:<sup>6</sup>

#### *1º.- Patrón percepción manejo de la salud*

Recoge dos dimensiones: la percepción que tiene la persona de su estado general de salud y las influencias que puede tener sobre su estado los

conocimientos y las prácticas realizadas al respecto, tanto en el mantenimiento del patrón saludable como en las prácticas que mantienen la alteración del mismo. También define aspectos de tipo familiar y comunitario, en tanto que valora la interrelación entre el individuo y los recursos existentes en la comunidad.

#### *2º.- Patrón nutricional-metabólico*

Este patrón viene descrito por la ingesta habitual de alimentos, líquidos y por el aporte calórico de la persona. Incluye los hábitos (cantidad, tipos). Valora además los desequilibrios alimenticios y el nivel de sedentarismo. Desde el punto de vista de la psicopatología se incluirían los trastornos de alimentación.

#### *3º.- Patrón de eliminación*

Describe el patrón de la función secretora (intestinal, vesical y cutánea) del individuo (cantidad, consistencia, número de veces/día, dolor, molestias etc.), así como la percepción que tiene el individuo sobre la misma respecto a la regularidad de la eliminación.

#### *4º.-Patrón de actividad y ejercicio*

Incluye las respuestas y capacidades del individuo para llevar a cabo actividades necesarias o deseadas; incluye además habilidades y deseos de la persona para entretenerse en actividades consumo de energía, como juego, trabajo, ejercicio físico, autocuidado y ocio; desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos psicomotores.

#### *5º.- Patrón de sueño y descanso*

Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación de la persona, así como la percepción de la calidad y cantidad de sueño y del nivel de energía. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos del sueño.

#### *6º.- Patrón cognitivo-perceptivo*

Recoge el funcionamiento de las capacidades sensoriales y cognitivas de la persona. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de la percepción, conciencia, atención-concentración-orientación, memoria-inteligencia y pensamiento-lenguaje.

#### *7º.-Patrón de autopercepción y autoconcepto*

Define la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo, sobre el estado de ánimo y sobre sus capacidades y sus competencias (cognitivas, afectivas o físicas). Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos afectivos.

#### *8º.- Patrón de rol y relaciones*

Describe los principales roles, relaciones de la persona y su grado de satisfacción, hábitat, competencias familiares, etc.

*9º.- Patrón de sexualidad y reproducción*

Refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos sexuales.

*10º.- Patrón de adaptación y tolerancia al estrés*

Se refiere a la capacidad de la persona para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de ansiedad.

*11º.- Patrón de valores y creencias*

Describe los valores, sentimientos o creencias (incluida la espiritual), metas y compromisos que una persona elige en su vida y que pueden explicar su postura frente a los acontecimientos.

## **CONCLUSIÓN**

Según el Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica:

*“El aspecto interpersonal adquiere una importancia primordial y constituye en realidad la parte esencia de su labor. Las relaciones interpersonales se producen durante todas las fases de la vida del enfermo en el hospital, desde los acontecimientos más sencillos y ordinarios, como comer y dormir, hasta los más complejos como participar en la organización de su propia vida. En su función terapéutica la enfermera promoverá las relaciones interpersonales tanto entre individuos como en grupo. Por lo tanto, debe desarrollar las aptitudes que le permitan trabajar con los enfermos en estas experiencias terapéuticas. Desempeña un papel activo y efectúa observaciones cuidadosas, como espectadora y participante. De estas observaciones deducirá los elementos que han de servir de base para la intervención.”*

Para finalizar, frases que inviten a la reflexión:

- ✓ Hay algo más que “el tener cuidado de alguien “.
- ✓ La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de las tareas. Administrar cuidados al paciente psiquiátrico significa escuchar, acompañar, entender y compartir con él su recuperación desde la riqueza de los espacios y de las diferentes aportaciones de enfermería.
- ✓ El equipo interdisciplinar tiene que asegurar que la asistencia se lleve a cabo en las mejores condiciones, y que el personal de enfermería este inmerso y comprometido en los objetivos generales del equipo terapéutico.

- ✓ La complementariedad de roles representa el respeto, la flexibilidad, la individualidad y la confianza del trabajo de los demás, sin esto, se pierde todo sentido terapéutico de los diferentes actos profesionales y por tanto el paciente sigue pasivo en su proceso de recuperación.
- ✓ Si bien el relevo terapéutico entre dispositivos es necesario para la continuidad del tratamiento del paciente, no hay que olvidar estimular la implicación del paciente y la familia.

## Bibliografía

- 1) Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Salvat editores S.A. Barcelona, 1991.
- 2) Protocolo de acogida de un paciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica (cerrada), Intranet, Murcia Salud.
- 3) Kérouac S. El pensamiento enfermero, Masson S.A. Barcelona, 1996.
- 4) NANDA. Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007- 2008. Harcourt S.A, 2008
- 5) Francisco M.L, Dolores S.P. Enfermería 21: Enfermería en psiquiatría y salud mental. DAE, Madrid, 2000.
- 6) Fornes J, Carballal MC. Enfermería en salud mental y psiquiatría. Guía práctica de valoración y estrategias. Interamericana, Madrid, 2001.

# Valoración de enfermería en salud mental: Casos clínicos I

## Trastorno esquizofrénico

- Descripción del trastorno esquizofrénico
- Ver caso clínico
- Ver Video
- Ver Video conclusión
- Ver comentarios
- Powerpoint Trastorno esquizofrénico

- Volver al Menú Principal
- Salir

Autores:  
Dr. Agustín Javier Simonelli Muñoz  
Dra. Pilar Salorio del Moral

## VÍDEO TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO



# ESQUIZOFRENIA

## 1. Antecedentes históricos

Desde siempre se ha identificado la esquizofrenia con la locura. Existen descripciones e interpretaciones sobre la Esquizofrenia desde la antigua Grecia, pero no fue hasta el siglo XVIII cuando empieza a considerarse como una enfermedad médica con entidad propia.

En el año 1850, Morel describe un cuadro caracterizado por la presencia de síntomas de deterioro mental en un joven sin perturbación previa y utiliza el término de “démence précoce”<sup>1</sup>. Durante el siglo XIX se van a describir diversos trastornos, Kahlbaum (1874) describe la Parafrenia, la Catatonía y la Heboidofrenia, y su discípulo Hecker (1871) comienza a utilizar el término de hebefrenia para aludir a un debilitamiento mental que ocurre en la adolescencia. Estos antecedentes llevan a Emil Kraepelin a delimitar la Dementia Praecox (6ª edición de su Tratado, 1899) frente a otros síndromes con deterioro cognitivo de aparición tardía, como la enfermedad de Alzheimer y sobre todo, frente al grupo de las Psicosis Maníaco-Depresiva<sup>1</sup>.

Kraepelin (1899) le confirió unidad y extensión particular a la enfermedad al agrupar tres tipos clínicos principales, la catatonía, identificada entre 1863 y 1874 por Kahlbaum; la hebefrenia, descrita por Hecker en 1871, y una forma delirante, a la que calificó de paranoide. Esta entidad nueva, muy claramente definida desde la sexta edición del Tratado (1899), tuvo rápidamente amplísima difusión en el mundo de la psiquiatría y preparó el camino a la descripción de la esquizofrenia de Bleuler.<sup>1</sup>

Eugen Bleuler (1857-1939) hizo una revisión del cuadro descrito por Kraepelin de la Dementia Praecox y en el año 1911 propuso cambiar el nombre y la denominó Esquizofrenia, término vigente en la actualidad. Enfatizó en la descripción transversal de los síntomas frente a la menor importancia del curso y de la evolución de la enfermedad. Consideró que el trastorno del pensamiento era lo primario de la esquizofrenia y que como consecuencia de

ello se producía una escisión de éste conllevando la fragmentación de las capacidades mentales. Definió los síntomas fundamentales, las asociaciones anormales, autismo, afectividad inadecuada y ambivalencia y los otros síntomas, como los delirios y alucinaciones, serían accesorios e inconstantes. A los subgrupos descritos por Kraepelin añadió uno nuevo que él denominó Simple <sup>2</sup>.

Las ideas de Bleuler sobre la Esquizofrenia tuvieron una gran influencia en Europa y en Estados Unidos.

## **2. Concepto.**

Los Trastornos Esquizofrénicos son un grupo de trastornos de curso crónico, cuyo núcleo común es la alteración de la vida psíquica en sus diferentes niveles: Pensamiento, Percepción, Conducta y vida de relación y Afectividad. Jiménez <sup>3</sup> en el año 1995, define la esquizofrenia como “una condición mental caracterizada por una experiencia interna atípica, conductas socialmente inapropiadas y una reducción en la participación de las actividades sociales y laborales”.

Es un trastorno que afecta, como se ha establecido clásicamente, a entre un 0,7 y 1% de la población <sup>4,5,6</sup>. Por sexos, la epidemiología moderna ha determinado que afecta por igual a varones y mujeres. Sin embargo, existen diferencias teniendo en cuenta la edad de comienzo, siendo más temprana en los varones, con un pico de mayor frecuencia entre los 15-25 años, siendo entre los 25 y 35 años en las mujeres. La esquizofrenia de aparición tardía, que supone un 28 % del total, afecta fundamentalmente a las mujeres <sup>1,7</sup>.

Su presentación clínica es diversa y puede variar en el tiempo. Mientras muchos síntomas son floridos y fácilmente detectables, otros se manifiestan de manera insidiosa, pudiendo pasar inadvertidos en fases iniciales por los familiares e incluso por el propio médico <sup>1</sup>.

Para establecer un lenguaje común respecto a las enfermedades mentales se creó la Clasificación de las Enfermedades Mentales propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría los DSM (DSM III, IV, IV-TR), en el momento actual se está creando la versión V, y también la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales CIE 9 y CIE-10 de la OMS. En ambos sistemas de clasificación se tienen en cuenta las aportaciones de los autores clásicos<sup>8,9</sup>.

### **3. Manifestaciones Clínicas. Síntomas Positivos y Negativos**

La sintomatología característica de la Esquizofrenia la podemos agrupar en diferentes tipos, según<sup>1</sup>:

#### **a) Apariencia y Conducta**

En general pueden presentar un aspecto descuidado con importante abandono de la higiene personal, utilizando vestimentas estrafalarias con colores vivos y accesorios extraños.

#### **b) Trastornos Sensoperceptivos**

Alucinaciones, siendo las que aparecen con mayor frecuencia las Auditivas, Visuales, Olfativas, Gustativas y Cenestésicas.

#### **c) Trastornos del Pensamiento**

- Trastornos del contenido del pensamiento, entre los que se debe destacar la presencia de delirios sobre todo de referencia (por ejemplo: cuando el paciente dice que la radio habla de él), de persecución (por ejemplo: el sujeto se siente perseguido por la policía) o cualquier otro delirio de características extravagantes.

- Trastornos del Control del Pensamiento: Entre ellos destacan la Difusión del Pensamiento (por ejemplo: cuando cree que sus pensamientos son conocidos inmediatamente por otras personas), Robo de Pensamiento (por ejemplo: creer que sus ideas son sustraídas), Imposición del Pensamiento (por

ejemplo: cuando se introducen en su mente pensamientos ajenos a él), Control del pensamiento (por ejemplo: el paciente siente que no controla sus pensamientos y que una fuerza externa intenta dominarlo).

- Trastornos del Curso del Pensamiento: Dentro de ellos tendríamos que hablar de Bloqueo del Pensamiento (Bloqueo repentino del flujo del pensamiento y de toda la actividad psíquica).

- Trastornos Formales del Pensamiento: Disgregación del Pensamiento (cuando se produce una falta de asociaciones entre una frase y otra), Pobreza de Pensamiento (incapacidad para realizar generalizaciones abstractas), Descarrilamiento (deslizamiento de un tema a otro con lenguaje coherente pero sin cohesión), Tangencialidad (falta de relación entre la pregunta y la respuesta dada) y Circunstancialidad (pobreza del contenido del habla, con gran riqueza de detalles innecesarios).

#### **d) Alteraciones del Humor y Afectividad**

Tanto el humor como la afectividad pueden estar alteradas en estos pacientes. Como alteraciones más frecuentes pueden presentar:

- Una respuesta emocional restringida, que lleva al paciente a mostrarse indiferente y apático, anhedonia;

- Alteraciones del humor, pueden presentar síntomas depresivos, ansiosos, irritabilidad o euforia.

- Respuesta emocional inapropiada. Cuando su expresión afectiva es incongruente con el entorno.

- Embotamiento afectivo o aplanamiento afectivo.

- Ambivalencia Afectiva.

#### **e) Alteraciones de la Psicomotricidad**

Dentro de este apartado encontramos episodios de agitación psicomotriz, retraimiento, ecopraxia, manierismos y estereotipias motoras.

#### f) **Alteraciones Cognitivas**

Los pacientes esquizofrénicos presentan a nivel cognitivo una alteración de la función ejecutiva como consecuencia de una hipofunción frontal.

Andreasen y Olsen<sup>10</sup> en el año 1982, proponen en Estados Unidos una clasificación de la sintomatología de la Esquizofrenia que consistía en síntomas positivos y negativos.

#### **Síntomas Positivos**

Los **Síntomas Positivos** son aquellos que reflejan lo que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar. En primer lugar señalaremos: **Las ideas delirantes**. En segundo lugar las **Alucinaciones**. En tercer lugar **Trastornos Formales del Pensamiento**, entre los que se incluyen el descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, circunstancialidad y asociaciones sonoras y por último **Conductas extrañas**, como alteración en la conducta social y sexual, agresividad, agitación, conducta estereotipada y alteración en el aspecto<sup>10</sup>.

#### **Síntomas Negativos**

Los **Síntomas Negativos**, son aquellos síntomas que reflejan aquello que el paciente deja de hacer y que sin embargo los sujetos normales suelen realizar cotidianamente, como pensar con lógica y fluidez, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas y tener voluntad para emprender tareas cotidianas. Estos síntomas son: **Embotamiento Afectivo**, es decir, un estado emocional aplanado, de manera que no responden a lo que ocurre a su alrededor; **Alogia** que se manifiesta en la pobreza del habla, bloqueo y aumento de la latencia de respuesta; **Abulia-Apatía** manifestada en descuido del aseo personal, anergia física y falta de persistencia en un trabajo o

cualquier actividad; **Anhedonia- Asociabilidad** que se refleja en la escasez de intereses o actividades, escaso interés sexual y pocas relaciones interpersonales. En definitiva una falta de iniciativa, falta de interés por las cosas, incapacidad para disfrutar de las actividades diarias y un rechazo a todas aquellas situaciones caracterizadas por emociones complejas<sup>10</sup>.

Con respecto a la evolución clínica de estos pacientes, consta de diferentes fases: **fase aguda**, que se caracteriza fundamentalmente porque sufren un episodio psicótico (agitación, agresividad, síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas afectivos); **fase de estabilización**, donde se produce una reducción continuada de los síntomas; y **fase de estabilidad**, donde hay una remisión o control de los síntomas, mejora del nivel de funcionalidad y calidad de vida<sup>11-14</sup>.

#### **4. Subtipos de Esquizofrenia**

Según el CIE-10<sup>9</sup> se pueden distinguir los siguientes subtipos de Esquizofrenia:

##### **Esquizofrenia Paranoide**

Es el subtipo más frecuente y en su cuadro clínico predominan las ideas delirantes de referencia y persecución y alucinaciones generalmente auditivas. Las alteraciones afectivas, de la voluntad, del lenguaje y de la psicomotricidad suelen ser poco llamativas.

En cuanto al curso éste suele ser episódico, con remisiones parciales o completas, o un curso crónico. El inicio del cuadro suele ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

##### **Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada**

En este subtipo las alteraciones afectivas son muy importantes apareciendo un afecto insulso, con risas inmotivadas y vacías, ausencia de

resonancia afectiva. Las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje, es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito. Aparece en personas jóvenes y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos como el embotamiento afectivo y la abulia.

### **Esquizofrenia catatónica**

Es poco frecuente en países industrializados. Su primordial característica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Presentan flexibilidad cérea. Las manifestaciones catatónicas pueden ir acompañadas por estados oníroides con alucinaciones escénicas muy vívidas.

### **Esquizofrenia Indiferenciada**

En este tipo se cumplen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia pero no se ajusta a ninguno de los otros subtipos.

### **Esquizofrenia Simple**

Es un trastorno poco frecuente, de temprana aparición y con un comienzo insidioso y progresivo que se caracteriza por un comportamiento extravagante, incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones ni de ideas delirantes. Pueden aparecer síntomas negativos sin haber sido precedidos por síntomas positivos claros. El afecto está embotado, con escasa respuesta emocional y con pobreza afectiva, lo que la diferencia del subtipo hebefrénico.

### **Esquizofrenia Residual**

Se podría denominar como el punto final del curso crónico de la enfermedad, en la que predominan síntomas negativos.

## **Bibliografía**

1. Montes JM, Saiz J. Esquizofrenia. En: Barcia D. Dir. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Arán Editores; 2000.
2. Bobes J. Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 2001.
3. Jiménez MP, Ramos F, Sanchís MC. Las Esquizofrenias: Aspectos clínicos. En: Belloch A, Sandín B y Ramos F (eds.). Manual de Psicopatología Vol. 2. Madrid: Mc Graw-Hill; 1995
4. Sartorius N, Jablensky A, Korten A. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report in the evaluation of the WHO Collaborative Study in Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. Psychol Med. 1986; 16:909-28.
5. Jablensky A. Schizophrenia: the epidemiological horizon. En: Hirsch SR. Ed. Schizophrenia. Oxford, UK: Blackwell Scientific Press; 1995. p. 206-252.
6. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:1022-1031.
7. Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophr Res 2006; 86, 194-201.
8. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.
9. CIE-10 (OMS). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Madrid: Editorial médica panamericana; 2000.

10. Andreasen NC, Olsen S. Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. Arch Gen Psychiatry. 1982 Jul; 39(7):789-94.
  
11. Lehman A. Recomendaciones terapéuticas para pacientes con esquizofrenia. Parte A. Resumen ejecutivo. En: Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. 2ªed. Barcelona: Ars Medica; 2005.
  
12. Gómez AE. Esquizofrenia, manejo farmacológico. OFFARM. 2007 Junio; 6 (26):86:94.
  
13. Moreno E. La Esquizofrenia: Definición, causas, curso y tratamiento. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1>. [serie Internet].
  
14. Aldaz A, Vázquez C. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos. Siglo XXI de España; 1996.

## **Esquizofrenia Paranoide**

### **Situación actual**

Mujer de 40 años que es traída a urgencias por la policía local por haber protagonizado un altercado en el portal de su casa, agrediendo a una vecina mayor. La paciente refiere que en su casa hay un complot en su contra, que todos los vecinos saben lo que hace porque han puesto cámaras y micrófonos en su casa y controlan cada uno de sus movimientos. También dice que lo siguen por la calle y que esas personas son sus vecinos que se disfrazan para que ella no los conozca. Oye voces. También cree que le envenenan la comida por lo que se va al otro lado de la ciudad a comprar la comida que siempre es envasada. Vive sola. No tiene padres ya que ha fallecido. Sólo tiene una hermana con la que vivía hasta hace un año, pero se ha ido a un piso sola porque considera que su hermana es la cabecilla de todo. Se han cambiado de vivienda en varias ocasiones por los mismos motivos.

### **Evolución**

El cuadro comienza cuando tenía 25 años, había estudiado administrativo y trabajaba como tal en una empresa, pero es ahí cuando comienza el cuadro refiriendo que en el trabajo, sus compañeros están es su contra, así dice: *“cuando me levantaba al aseo y volvía a mi mesa me ponía “hija de puta”*, comenzó a aislarse y a tener cada vez más dificultades en el trabajo. En ese momento se la ingresa en un hospital y cuando sale ya no tiene trabajo. Estuvo ingresada en 12 ocasiones. Durante el ingreso desaparecen los delirios y los síntomas psicóticos pero cuando lleva un tiempo de alta, abandona el tratamiento por lo que vuelve a recaer y comienzan de nuevo los síntomas psicóticos. En el último año la convivencia con la paciente es insoportable por lo que se muda a otra casa y a otro barrio. Desde siempre ha sido muy reservada y desconfiada.

### **Patrones alterados**

- Percepción / Mantenimiento de la salud
- Nutricional / Metabólico
- Cognitivo / Perceptivo

**Personajes:**

**Paciente:** Profesora.

**Hermana:** Alumna. La avisan y le cuentan el episodio. La paciente la considera la cabecilla de todo el complot de sus vecinos. Ella se muestra por un lado preocupada por lo que le ha pasado a su hermana, pero por otro lado cansada porque siempre está así y no quiere tomarse el tratamiento. Sus padres ha muerto en un accidente de tráfico y desde que ellos murieron ella es la responsable, pero la paciente no le hace caso en nada.

**Enfermera/o:** Un alumno/a, debe ser un enfermero de una unidad hospitalaria que recibe al paciente y le hace la valoración de enfermería.

## Esquizofrenia Paranoide

➤ **Encuadre:** Paciente remitida desde el Servicio de Urgencias para ingreso en una Unidad Psiquiátrica Hospitalaria.

La paciente es traída a urgencias por la policía tras haber agredido a una vecina. Se le avisa a su hermana quien la acompaña a la Unidad de Psiquiatría.

Al llegar a la Unidad es recibida por la enfermera que se va a hacer cargo de su cuidado, las recibe en un despacho en el que va a transmitir a la paciente y a la familia la información sobre el ingreso, en cuanto a normas y características del ingreso. A su vez va a intentar realizar una primera valoración de enfermería.

### ➤ **Entrevista**

Los datos obtenidos en la entrevista provienen del relato de la propia paciente y de su hermana. Esta paciente padece una Esquizofrenia Paranoide desde que tenía 20 años, y ha vuelto a tener un nuevo brote psicótico caracterizado por un cuadro delirante y como consecuencia de ello, tiró a una vecina por las escaleras. Presenta la siguiente sintomatología:

#### **1. Trastornos del Pensamiento y Lenguaje.**

Presenta un delirio de autoreferencia, envenenamiento y de persecución, como consecuencia de ello lesionó a una vecina por lo que es traída a urgencias por la policía.

*"...porque dicen que le pegué a una vieja"*

*"...la tiré por las escaleras"*

*"...si te persiguen y miran todos tus movimientos que vas a decir..."*

*"...por la calle, se disfrazaba...todo el vecindario, todo el vecindario"*

*"...de ti no me fío, porque eres la cabecilla de todo"*

*"si, ya lo sé, por eso me fui de casa, por eso me fui de casa, a otra casa"*

*"porque no se podía vivir allí, ella era la cabecilla"*

*"...¿qué me hacían?, me ponían micrófonos por toda la casa, escondidos por la casa, escondidos por toda la casa, que los descubrí yo, cámaras, cada movimiento que hacía, cuando iba al aseo, cuando dejaba de ir, cuando salía a comprar, siempre vigilándome, siempre vigilándome y últimamente con los móviles, dando mensajes sobre mí, para arriba, para abajo, todo el día, todo el día.."*

*"..a ver cómo te sientes tú si tienes el ordenador encendido, te levantas al aseo y te ponen "me cago en tí" y cuando vuelves te lo encuentras "me cago en tí" escrito en el ordenador.."*

*"..estoy harta, estoy harta de que me estén persiguiendo y vigilando en cada momento, y en cada movimiento que hago, en la televisión ya me lo dicen, ya me lo dicen.."*

*"..no que lo veo yo que me están vigilando y todo lo que dicen, me lo refieren a mí, me mandan mensajes.."*

*"..pero..como vamos a estar las dos muy bien, si tú fuiste la cabecilla para que todo el vecindario me vigilara.."*

*"son ellos conmigo, yo no tengo problemas con nadie, si a mí me dejan tranquila...ya no puedo comprar ni en los supermercados cerca de casa, me tengo que ir a 5 km....porque todo está contaminado.....para envenenarme...todo mi vecindario"*

*"pero vamos a ver, tú te llevarías bien si quisieran envenenarte, hacerte daño y si pusieran micrófonos para espiarte?. Tengo que bajar las persianas para que nadie me vea"*

*"..si los he visto, tú ahora como que no sabes nada, lo sabes todo, tú lo sabes todo"*

## **2. Alteraciones sensoperceptivas (Alucinaciones Auditivas)**

En algún momento de la entrevista, da la sensación de que está escuchando algo, se puede ver cuando con cara de extrañeza mira hacia atrás y hacia los lados, dando la sensación de que está oyendo voces.

## **3. Tendencia al aislamiento , a la irritabilidad, suspicacia y recelo**

Nada más entrar a la Unidad y ante las preguntas de la enfermera, muestra mucha desconfianza y recelo, lo mismo en relación a su hermana a la que ha metido en su delirio. A medida que va pasando la entrevista, incluye también en su cuadro delirante a la enfermera. Vive ella sola y no tiene ninguna vida social. A los 20 años comienza a trabajar en una oficina y en seguida comienza con la enfermedad, delirando y desconfiando de todo el mundo, por lo que no ha tenido vida social tendiendo al aislamiento.

*" ya lo sabes para qué te lo voy a decir"*

*(en tono de enfado)"ya lo sabes, que te lo han dicho desde abajo"*

*(con tono de enfado y ante su hermana que le toca la mano)" que no me toques"*

*"..que lo pone en los papeles..(levantando la voz)..que lo pone en los papeles, bien lo sabes tú.."*

*"¿no te lo han dicho ya por el móvil"*

*(actitud agresiva hacia su hermana) " ¡te quieres callar!...que te calles"*

*" que pasa que tú también estás compinchada con...fuiste tú la que me trajiste aquí y avisaste a la policía?"*

*" si lo sabes ya para que me lo preguntas...(levantando la voz) lo sabes ya, lo sabes ya"*

*" está en los papeles, para que quieres saberlo, ya lo sabes, ya lo sabes, siempre preguntando cómo te llamas, cuántos años tienes, siempre igual, siempre igual"*

*"no, si tú ya lo tienes arreglado y hablado, dónde va la fecha, que lo habrás hablado tú"*

*"no, si lo habéis arreglado muy bien las dos, os conocéis, verdad, os conocéis, lo habéis arreglado todo bien, tú que me quieres quitar la paga que tengo, dejándome aquí encerrada"*

*"lo que no entiendo por qué te han hecho caso a ti los médicos, siempre con el mismo rollo, siempre con el mismo rollo"*

#### **4. Falta de conciencia de enfermedad**

Todo lo que cuenta se lo cree y no hace crítica de ello. Considera que lo que le ocurre es verdad y que ella está perfectamente, que no le ocurre nada y que todo ha sido planificado por su hermana para perjudicarla.

*"...yo no tengo nada, a mi no me pasa nada...."*

#### **5. Afectividad**

A esta paciente se la percibe a nivel afectivo como muy distante, fría y con una gran desconfianza que le lleva a mostrar en algún momento de la entrevista cierta hostilidad.

#### **6. Conclusión**

En este caso y debido al cuadro que presenta, durante la entrevista la enfermera debe actuar como la que aparece en el video, intentado no ser ni muy cercana, ni tampoco muy distante. Por otro lado le preguntó muy bien sobre el delirio, ya que no le llevaba la contraria, pero tampoco le daba la razón. A pesar de ello, en un momento de la entrevista llega a meter a la enfermera en su delirio.

El cuadro delirante que presenta no le permite tener una vida normal, sino que por su enfermedad tiende hacia el aislamiento social. Es una persona fría y distante con una tendencia a la hostilidad.

# Valoración de enfermería en salud mental: Casos clínicos I

## Trastorno depresivo

- Descripción del trastorno depresivo
- Ver caso clínico
- Ver Videos
- Ver comentarios
- Powerpoint Trastorno afectivo

- Volver al Menú Principal
- Salir

Autores:  
Dra. Rosario Gómez Sánchez  
Juana Inés Gallego Gómez

## VÍDEO TRASTORNO DEPRESIVO



# DEPRESIÓN

## 1. Antecedentes históricos

El interés por la importancia de los trastornos afectivos ha acompañado a la psicología desde sus orígenes, porque las enfermedades afectivas han existido siempre, y así nos lo demuestran escritos en la Historia de Humanidad, ya que pertenece a la condición humana.

En el s.IV a. de C., en el *Corpus hippocraticum*<sup>1</sup> se describe la melancolía (bilis negra) como síntomas físicos y mentales. Platón diferencia entre manía patológica y manía divina, y Aristóteles : “*la bilis negra que por naturaleza es fría...puede...cuando excede en el cuerpo la justa medida, provocar, entre otros, depresiones o estados de ansiedad*”. Galeno en el siglo II de nuestra era, le atribuyó a la melancolía un exceso de bilis negra, aunque en sus escritos encontramos escritos ocasionales, y una de las formas de melancolía que describió consistía en la acumulación de bilis negra, con síntomas de dolor abdominal, junto con otros psicológicos. De ahí el término *hipocondríaco* para describir a las personas melancólicas. Durante la Edad Media la interpretación de los trastornos mentales volvió a teorías de magia, hechizos... y en el Renacimiento se seguía considerando la locura como brujería y posesión, pero empieza una concepción más racional dirigida hacia una actitud humana y médica de los trastornos psíquicos.

Francisco Vallés, en el siglo XVI, relacionó la manía con la melancolía, y durante el Barroco se volvió a una concepción médica del trastorno. En el siglo XVIII hubo un cambio importante a la hora de entender la enfermedad mental, donde se le dio mucha importancia al cuidado médico y humanitario de estos trastornos, siendo uno de sus principales protagonistas Phillipe Pinel (1745-1826)<sup>2</sup>, a quien muchos consideran el padre de la psiquiatría moderna. En principio, sigue utilizando el término manía como sinónimo de locura. Respecto a la melancolía nos habla de una enajenación parcial, “delirio sobre un objeto o tema”. Describió una forma de manía intermitente o periódica y creía que las personas con fuertes sentimientos y pasión estaban más cerca de la manía.

Jean E. D. Esquirol (1772-1840)<sup>3</sup> asocia la melancolía con la pasión, y poco a poco el carácter ambiguo que tenían los términos manía y melancolía se fue depurando hasta concederles un significado similar al actual. Dos discípulos de Esquirol, contribuyeron de forma definitiva al desarrollo de nuestro actual concepto de trastorno bipolar, y fue una generación después cuando Kahlbaum (1882) empleó realmente el término ciclotimia. En 1887 Ewald Hecker, describió que algunos pacientes mostraban características de personalidad que compartían rasgos depresivos y maníacos, es decir, consistía en depresiones breves intercaladas con excitaciones leves de corta duración, denominándose *trastorno bipolar*.

Las aportaciones anteriores fueron tomadas por Emil Kraepelin (1856-1926)<sup>4</sup> para establecer un nuevo esquema nosotáxico que dominaría la psiquiatría hasta la actualidad, donde engloba la manía y la melancolía aisladas junto a la alternancia de ambas. Para Kraepelin los episodios depresivos eran cuadros endógenos, y en 1913 la cuestión empezó a aclararse, cuando Jaspers puntualizó la diferencia entre *reacción vivencial normal y anormal*. A partir de aquí se diferenció la existencia de dos cuadros: *depresión endógena y depresión reactiva*, y Schneider<sup>5</sup> estableció que la endógena era inmotivada y se asienta sobre sentimientos vitales, que nos dan información de cómo nos encontramos, mientras que la depresión reactiva es motivada por los sentimientos que se modifican con la experiencia. Esto se modificó con el surgimiento del psicoanálisis, y Freud en 1915<sup>6</sup> propuso que la depresión estaba basada en la noción de “pérdida de objeto”, tratando la manía como huida en el mundo exterior. Tras la Segunda Guerra Mundial, autores como Eysenck<sup>7</sup> propusieron que el sujeto se situaría entre dos ejes de coordenadas: *endógeno y reactivo*, y en esa línea otros autores hasta nuestros días han admitido la transición en un mismo individuo entre formas endógenas y reactivo/neuróticas.

## **2. Concepto**

Los trastornos del humor, también llamados del estado de ánimo, constituyen el más extenso campo de los trastornos psiquiátricos.

Cuando hablamos de depresión nos referimos a una cosa más seria e importante que a esa sensación pasajera de falta de chispa en nuestro estado de ánimo que a veces casi todo el mundo experimenta. De ordinario, la depresión no se instala de repente, sino que a su aparición le precede un período de incubación por diferentes causas o razones a lo largo de un tiempo más o menos extenso. Es una enfermedad con una evolución tendente a la cronificación, sustancialmente incapacitante y, en ocasiones, letal<sup>8</sup>. Es como una apatía que nubla los sentidos e impide tomar la iniciativa. La ilusión se apaga, y la desazón primero, la desesperación y luego mucho más tarde la desesperanza se apoderan del ánimo y lo van erosionando. Se siente indiferencia por cosas que antes gustaban, todo molesta, cumplir compromisos sociales produce rechazo, se siente agobio y lo único que desea es que le dejen en paz, que no le molesten. No ve salida por ningún sitio, se siente hundido; el cuerpo sólo pide estar tumbado; molesta la luz, y moverse cuesta. Se pierde la referencia que hasta entonces había regido, y todo cobra un tinte confuso y negro.

Uno de cada 10 pacientes que solicitan atención primaria padece depresión. La depresión menor tiene una prevalencia del 3'4 al 6'4%. El trastorno bipolar I y II tienen una prevalencia del 0'3 al 1'5%. Todo esto hace que los trastornos del humor tengan un gran interés para la sanidad pública, más aún si consideramos que en 1990 la depresión mayor ocupaba el cuarto lugar en todo el mundo, y se espera que ocupe el segundo lugar en 2020.

### **3. Manifestaciones Clínicas.**

**a) Inhibición de humor, pensamiento y psicomotricidad:** tristeza, bradipsiquia y bradicinesia.

**b) Comienzo brusco, paulatino o lento.** Desinterés, anorexia e insomnio como síntomas más frecuentes de inicio. Causas somáticas, acontecimientos vitales, éxitos, etc., o sin causa aparente, como desencadenantes.

**c) Frecuente personalidad previa depresiva.**

**d) Humor:** tristeza vital inmotivada, gestos abatidos, llanto, pesimismo, desesperación, desinterés, el futuro no existe, anestesia de sentimientos, etc.

- e) Pensamiento:** inhibido, pobre de ideas, dificultades asociativas, rumiaciones inútiles, baja autoestima, ideas de muerte o de suicidio
- f) Psicomotilidad:** lentificación, inhibición, inmovilidad, mutismo, merma en rendimiento, enlentecimiento operativo, falta de impulso, etc.
- g) Ideas delirantes depresivas:** culpa que puede conducir al suicidio, ruina física, hiponcondría, inutilidad, ruina económica.
- h) Conducta:** retraimiento social, aislamiento, desinterés por el deseo de vivir.
- i) Cognitiva:** memoria, atención y concentración dificultosas, merma intelectual transitoria y variable: la inteligencia, la percepción y el juicio no suelen estar afectados.
- j) Signos somáticos, vegetativos y viscerales:** anorexia, adelgazamiento, estreñimiento, insomnio más de la segunda mitad de la noche, opresión, disminución de la libido, etc.
- k) Empeoramiento de la clínica, por lo general matutino.**

#### 4. Subtipos de Depresión

Las depresiones constituyen un conjunto heterogéneo de trastornos, lo que hace necesario un intento de ordenamiento. A lo largo de la historia de la psiquiatría se han propuesto numerosas clasificaciones, en base a distintos criterios, sin que ninguna se haya impuesto sobre las demás, lo que demuestra la imperfección de todas ellas.

Los criterios de clasificación han sido y son muy variados:

- **(Eti) patogénicos:** orgánica; reactiva; endógena; neurótica.
- **Evolutivos:** bipolar; crónica; recurrente.
- **Sintomáticos:** agitada; inhibida; obsesiva; psicótica; delirante.
- **De intensidad:** leve; moderada; grave.
- **Momento de la vida:** infantil; puerperal; involutiva.
- **Respuesta al tratamiento:** resistente.

Un gran avance en la clasificación de los trastornos del humor supuso la aparición del DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la American Psychiatric Association, 2006)<sup>9</sup>, y sus revisiones

posteriores, la última el DSM-IV-TR(2000)<sup>10</sup> y también la CIE-10<sup>11</sup> (Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, de la Organización Mundial de la Salud, 1992)<sup>12</sup>. Un trastorno psiquiátrico, en el sentido de la American Psychiatric Association (2000), y considerado con la mayor amplitud, como propone López-Ibor Aliño (1992)<sup>13</sup>, es un conjunto de signos, síntomas y conductas características que tienen un curso previsible, con una respuesta propia al tratamiento y con una presentación familiar preferente. Estos trastornos están clasificados sobre la base de unos criterios clínicos de inclusión y exclusión, propuestos en las clasificaciones internacionales (CIE-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000); éstas lo hacen de modo “ateórico”, porque los conocimientos etiológicos actuales son insuficientes para una clasificación etiopatogénica.

Vamos a ver algunos subtipos de Depresión:

**Endógena:** causada por desórdenes bioquímicos internos de la persona. Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. En el cerebro existen miles de sustancias, entre ellas los Neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, endorfinas etc), que cuando dejan de producirse, causan los problemas.

**Exógena:** causada fundamentalmente por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, tensión u otros acontecimientos externos recientes. Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo los factores, la experiencia vivida y si son inesperados o no.

**Bipolar:** El trastorno bipolar o psicosis manícodepresiva es una enfermedad mental caracterizada por una alteración del estado de ánimo que se presenta en forma de ataques o episodios de enfermedad que pueden ser de manía, caracterizada por una elevación patológica del humor e hiperactividad; de depresión, con tristeza o melancolía patológicas y, ocasionalmente, en forma de episodio mixto, consistentes en una mezcla de

síntomas maníacos y depresivos. Este trastorno es farmacológicamente modificable, pudiéndose lograr en muchos casos un control completo de la enfermedad. Existen dos tipos: I y II.

Trastorno bipolar I: El paciente sufre episodios maníacos o mixtos y generalmente, además, depresiones. Los episodios suelen ser graves y con frecuencia presentan síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios).

Trastorno bipolar II: el paciente sufre exclusivamente episodios hipomaníacos y depresivos (no mixtos ni maníacos completos).

**Episodio Depresivo Mayor:** presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi cada día; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día; pérdida importante de peso o aumento de peso; insomnio o hipersomnias; agitación o enlentecimiento psicomotores; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados que pueden ser delirantes; disminución de la capacidad para pensar y concentrarse; indecisión; pensamientos recurrentes de muerte; ideación suicida o tentativa de suicidio. El episodio depresivo mayor plantea los siguientes niveles de gravedad:

**Leve:** ánimo depresivo; pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar; aumento de la fatigabilidad. Ninguno de estos síntomas estará presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. El enfermo puede tener alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Puede cursar con o sin síndrome somático.

**Moderado:** deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve. Es probable que algún síntoma se presente en grado intenso, aunque esto no es esencial. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Puede cursar con o sin síndrome somático.

**Grave:** el enfermo presenta una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Pérdida de estimación de sí mismo; sentimientos importantes de inutilidad o de culpa; riesgo importante de suicidio. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre.

**Distimia:** es una forma más moderada de depresión, pero los síntomas pueden durar más, a veces años. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditados y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, tiene mucho en común con los conceptos de de neurosis depresiva y depresión neurótica.

**Ciclotimia:** trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos periodos de depresión y de euforia leve. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los periodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica.

## **Bibliografía**

1. Chinchilla A. La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos. Madrid: Ed, M. Médica Panamérica; 2008.
2. Pinel P. Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. Madrid: Ediciones Nieva; 1988.
3. Esquirol E. Des passions considerées comme causes, symptomes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Paris: Librairie des deux-mondes; 1980
4. Kraepelin E. Psychiatrie. Teil 2. Leipzig: Barth; 1913
5. Schneider K. Patopsicología clínica. Madrid: Morata; 1965.
6. Freud S. Duelo y melancolía. En : Freud S. Obras completas. Tomo 6. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1972
7. Eysenck HJ. General features of the model. En H.J. Eysenck (ed). A model for personality. Berlin: Springer-Verlag; 1985
8. Silveira M. El psicólogo de cabecera. Alba Editorial. 2007
9. American Psychiatry Association. Clinical Psychiatry. Self-Assessment Program. Trastornos del estado de ánimo. Medical Trens; 2006
10. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.
11. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

12. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Madrid: Meditor; 1992.

13. López-Ibor Aliño JJ. La máscara de la depresión. En: Feighner JP, Boyer WF, eds. Perspectivas en psiquiatría. Vol. 2. New Cork:Wiley; 1991. p. 119-38.

## Trastorno Depresivo

### Situación actual:

Mujer de 50 años, casada y con dos hijos, una hija de 21 años y un hijo de 24 años, que acude a consulta traída por sus familiares porque esta mañana se ha tomado un bote de pastillas con intención autolítica, así dice : *“lo mejor que me puede pasar es estar muerta”*. Además desde hace 15 días y a pesar de tomarse el tratamiento pautado, la encuentran triste. Tiene aspecto descuidado. Está abatida, con expresión de tristeza y dolor en el rostro. Anda muy despacio, se siente apagada, sin ganas de hacer nada, se pasa el día acostada en la cama, llora constantemente. Presenta también ansiedad y miedo a salir sola a la calle. No tiene apetito y en el último mes ha perdido peso. Duerme mal, así se duerme enseguida y a las 2 ó 3 horas de dormirse se despierta y no puede volver a dormirse. Ha perdido el interés por las cosas, siente que es una inútil y no sirve para nada, se ve fea, avejentada y piensa que no le gusta a su marido. También se siente una carga porque es incapaz de hacer las cosas de la casa ya que se nota muy cansada y se siente culpable por ello.

Se dedica a sus labores.

### Evolución:

A los 30 años tuvo el primer cuadro depresivo, pero que no requirió ingreso, se puso bien con tratamiento antidepresivo. Tuvo dos fases depresivas más, estando bien hasta hace un mes en que de nuevo y sin abandonar el tratamiento se encuentra mal de ánimo.

### Patrones Alterados:

- Nutricional /Metabólico
- Actividad / Ejercicio
- Sueño / Reposo
- Auto percepción / Autoconcepto

## **Personajes:**

**Paciente:** Profesora.

**Marido:** Alumno. Tiene 52 años. Trabaja en una fábrica y es entrenador de baloncesto. Durante el curso casi todos los fines de semana se los pasa fuera de casa ya que se va con el equipo. Para que su mujer no esté sola, le pide que le acompañe. Es muy complaciente y está muy preocupado por su mujer, siempre la apoya en todo.

**Hija:** Alumna. 21 años. Está estudiando y también hace deporte por lo que está mucho tiempo fuera de su casa, está agobiada por la enfermedad de su madre.

**Hijo:** Alumno. 24 años. Está trabajando y también hace deporte. Está muy asustado por lo que le ha pasado a su madre.

**Enfermera/o:** Un alumno/a, debe ser un enfermero de una unidad hospitalaria que recibe al paciente y le hace la valoración de enfermería.

## **Trastorno Depresivo Mayor**

➤ **Encuadre:** Paciente remitida desde el Servicio de Urgencias para ingreso en una Unidad Psiquiátrica Hospitalaria.

Sube acompañada de su familia, marido e hijos (una chica y un chico).

Al llegar a la Unidad es recibida por la enfermera que se va a hacer cargo de su cuidado, las recibe en un despacho en el que va a transmitir a la paciente y a la familia la información sobre el ingreso, en cuanto a normas y características del ingreso. A su vez va a intentar realizar una primera valoración de enfermería.

### ➤ **Entrevista**

Los datos obtenidos en la entrevista son mediante la observación de la conducta de la paciente así como de la información aportada por la familia. Esta paciente tiene fases depresivas desde hace más de 20 años, comenzando incluso antes de casarse. No ha tenido nunca ninguna fase maníaca. A nivel psicopatológico presenta los siguientes síntomas:

#### **1. Alteraciones en la Psicomotricidad.**

La paciente entra a la Unidad muy despacio, con la marcha y los movimientos enlentecidos observándose cierta inhibición psicomotriz. Se muestra cabizbaja, con la mirada fija, los brazos caídos.

#### **2. Alteraciones del humor.**

La paciente se siente triste, con tendencia al llanto, sentimientos de inutilidad, abatimiento, incapacidad, sentimientos de culpa, impotencia, ansiedad.

*“me siento triste y culpable”*

*“Soy una inútil” “ no puedo hacer nada”*

*“ ¿Te sientes nerviosa?..cuando salgo a la calle, me da miedo salir a la calle”*

#### **3. Pérdida de la vitalidad, falta de energía, sensación de fatiga.**

No es capaz de hacer nada, tendiendo a permanecer en la cama la mayor parte del tiempo (Clinofilia).

*“ No puedo hacer nada”*

*“Me traéis ropa y yo no la puedo lavar, no puedo hacer las cosas de la casa”*

*“No puedo, tengo muchas cosas que hacer y no hago nada”*

#### **4. Quejas o molestias somáticas.**

Constantemente está quejándose de dolores, sobre todo en las piernas.

*“Tengo muchos dolores en las piernas”*

*“...pero yo no puedo, tengo muchos dolores en las piernas..”*

*“...tengo dolores en las piernas, me duelen mucho..”*

#### **5. Alteraciones del apetito.**

*“No tengo ganas de comer”*

#### **6. Ideas Suicidas. Deseos de muerte a tentativas de autolisis.**

Refiere la familia que acuden a urgencias porque esa misma mañana se tomó un bote de pastillas, siendo ésta la primera vez que lo hace.

*“..yo no quiero vivir”*

*“..desde hace tiempo tengo estos pensamientos pero ahora ya no quiero vivir”*

#### **7. Alteraciones del sueño.**

Ante la pregunta de si duerme bien tarda en contestar y dice:

*“Me duermo y a las tres horas me despierto y no me puedo volver a dormir”*

#### **8. Alteraciones Cognitivas.**

Hace una valoración negativa de si misma, sin esperanza de futuro. En el contenido de su pensamiento hay autodesprecio, culpa y pérdida de la autoestima.

*“ Me siento una inútil, que no sirvo para nada”*

*“Mi hermano se suicidó y no le ayudamos...nos pidió dinero y no se lo dimos....pero fui mala con él.”*

#### **9. Conclusión**

El presente caso se trata de una mujer con una historia de cuadros depresivos de más de 30 años de evolución que en el momento actual, a pesar de tomarse el tratamiento, vuelve a tener una fase depresiva grave, realizando un intento de autolisis.

Observamos una clara sintomatología depresiva con retardo psicomotor, pensamiento y lenguaje enlentecidos, desesperanza, sentimientos de inutilidad, clinofilia, ánimo triste, ansiedad, sentimientos de culpa, alteraciones en la alimentación, alteraciones del sueño...

Es importante señalar la lentitud en sus movimientos y en sus respuestas por eso la entrevista debe adaptarse al tiempo de la paciente, ya que al ir su pensamiento lento, si se le habla de prisa no le da tiempo a procesar la información que recibe, ella colabora y responde de forma adecuada a las preguntas.

# Valoración de enfermería en salud mental: Casos clínicos I

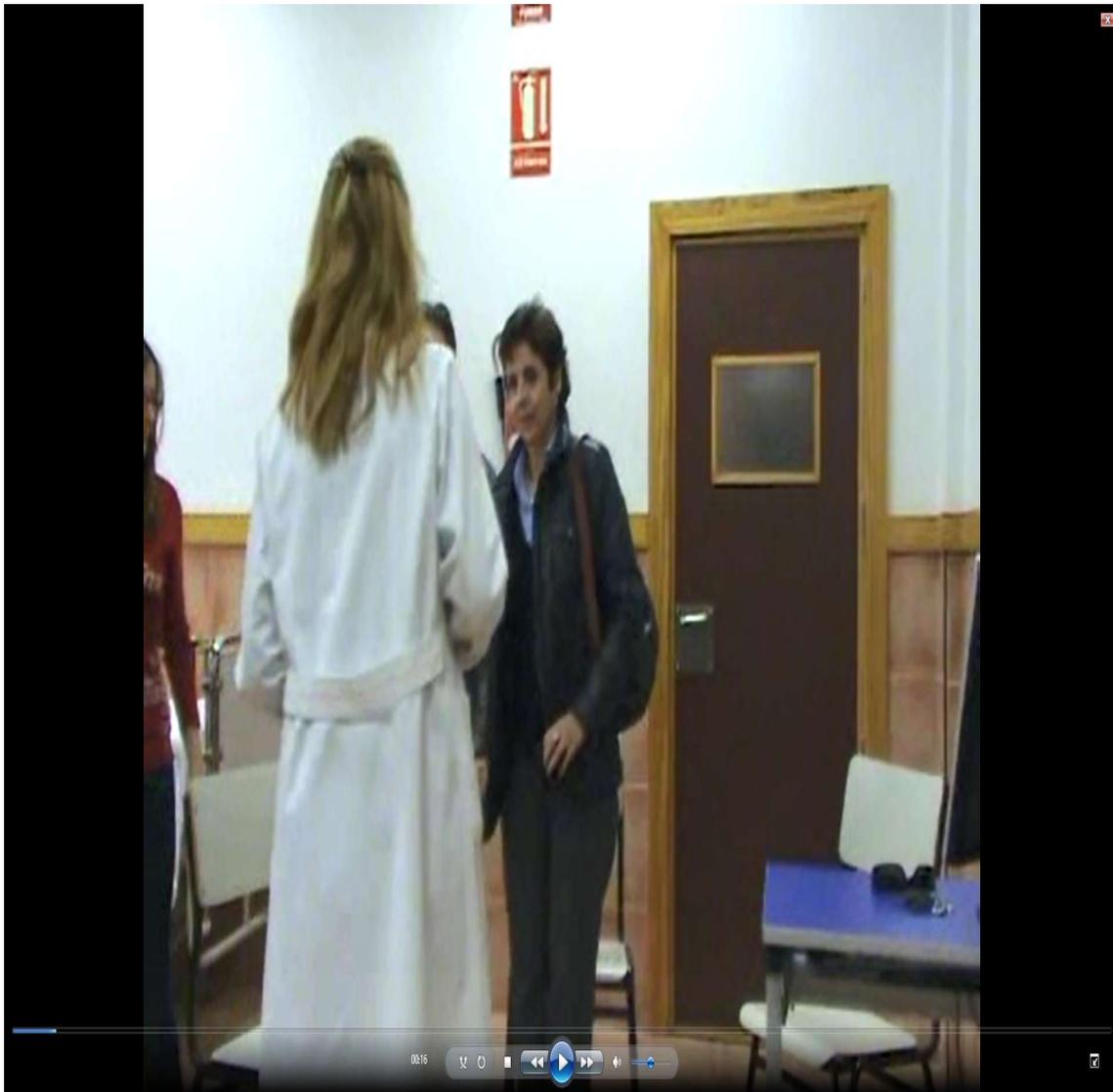
## Trastorno bipolar

- Descripción del trastorno bipolar
- Ver caso clínico
- Ver Video
- Ver Video conclusión
- Ver comentarios
- Powerpoint Trastorno afectivo

- Volver al Menú Principal
- Salir

Autores:  
Dr. Carlos Sequeira  
Dr. Serafin Balanza Galindo

## VÍDEO TRASTORNO BIPOLAR



# TRASTORNO BIPOLAR

## 1. Antecedentes históricos

Los términos "manía" y "melancolía" considerados como polos opuestos, en la variación del humor, se remontan a varios siglos antes de Cristo e incluso hoy, se aproximan a sus conceptos originales, siendo similares a las descripciones de lo que actualmente, se llama Trastorno Bipolar <sup>1</sup>

El concepto de Trastorno Bipolar surge a partir del siglo I, en el que Areteo de Capadocia escribió los primeros textos sobre la enfermedad maníaco-depresiva.

Posteriormente, en 1851, Falret, en Francia lo define, llamándola "folie circulaire" y en 1890, Kraepelin, considera que la enfermedad maníaco-depresiva abarca estados depresivos, manía simple y cuadros circulares. Los conceptos franceses de "*folie circulaire*" e "*folie à double forme*" son asimilados en otros países de Europa, incluyendo Alemania y otros países de lengua germana <sup>2</sup>.

Las ideas de Kraepelin y Weigandt <sup>1</sup> contribuirían de forma significativa al concepto de enfermedad maníaco-depresiva. Surge como la teoría de los estados mixtos como formas de transición de la manía a la depresión y vice-versa. Sin embargo no hubo consenso en aceptar esta designación, siendo el mayor crítico Kurt Schneider (1959, 1993) "*Más no acreditamos los estados mixtos. (...) Lo que puede dar una apariencia de que los estados mixtos, consisten en un cambio de un estado para otro, de tal forma que podemos llamarlos simplemente *ciclotimia**" (ciclotimia era un término acuñado por Schneider para la enfermedad maníaco-depresiva como un todo).

A partir de la década de 1970, resurge o interesa el estudio de la obra de Kraepelin y, con esto, el interés por los estados mixtos, esencialmente debido a la importancia de este diagnóstico en los Estados Unidos <sup>3</sup>.

En 1979, Karl Leonhard divide las psicosis fásicas en: (1) monopulares (manía, melancolía, depresiones, euforias) y (2) bipolares (enfermedad maníaco-depresiva y psicosis cicloides) <sup>4</sup>.

Más recientemente, Akiskal y sus colaboradores<sup>5</sup> ponen el énfasis en los aspectos del Trastorno bipolar, considerando que la misma se extiende hasta los límites de los temperamentos normales. De acuerdo con Akiskal, los estados mixtos surgen cuando un episodio afectivo se manifiesta sobre un temperamento de polaridad opuesta, por ejemplo: un episodio maníaco ocurre en una persona con temperamento depresivo; o un episodio depresivo ocurre en una persona con temperamento hipertímico. De la misma forma, la inestabilidad del temperamento ciclotímico se podría transformar en un episodio depresivo en un estado mixto.

Entretanto, algunos de los conceptos de Leonhard<sup>4</sup> fueron incorporados al DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-TR)<sup>6</sup>, así como al CID-10<sup>7</sup>, que incorpora la diferencia entre los cuadros unipolares y bipolares.

En la actualidad y a pesar de los estudios, continúan las controversias en cuanto a la nosología del Trastorno Bipolar y sus fronteras con la Esquizofrenia, los cuadros esquizoafectivos y las llamadas Psicosis Cicloides, así como sobre su definición, que no es consensuada, la etiología y la fisiopatología<sup>8</sup>.

La Psicosis Maníaco-Depresiva ha sido uno de los temas de mayor atención e interés en Psiquiatría. Se encuentra dentro del grupo de las psicosis llamadas endógenas. En los Estados Unidos de América es responsable de cerca del 20% de los ingresos hospitalarios.<sup>1</sup>

El Trastorno Bipolar se encuentra a lo largo de la historia muy asociado a la creatividad, por lo que es extensa la lista de personas que presentan este Trastorno (Miguel Ángel, Van Gogh, Gauguin, Tennyson, Shelley, Whitman...). Parece que el estado maníaco promueve la creatividad debido al aumento de energía, pensamiento rápido y la capacidad para establecer la unión entre las ideas<sup>8</sup>

## **Etiología**

En **términos etiológicos** las evidencias sugieren un **componente familiar** en la enfermedad. *Estudios de gemelos*: indican que, si un gemelo presentar un

trastorno bipolar, el otro tiene una probabilidad de cuatro a cinco veces mayor de también tener la patología, en el caso de gemelos idénticos. La enfermedad de un familiar aumenta la probabilidad de padecer un trastorno bipolar de 7 a 10 veces en comparación con la población general<sup>9</sup>.

El **aumento de calcio intracelular** verificado en los pacientes con síntomas de trastorno bipolar debido a los bloqueadores de los canales de calcio y un "cimiento" relevante. Los tratamientos que inhiben el influjo del calcio en la célula revelan propiedades antimaníacas, antidepresivas y anticíclicas<sup>8,9</sup>.

**Ciertos medicamentos**, como los esteróides, usados en el tratamiento de enfermedades somáticas pueden desencadenar una respuesta maníaca. Algunos pacientes cuyo primer episodio de manía ocurrió durante un tratamiento con esteróides relatan una recurrencia espontánea de los síntomas maníacos años después. Las Anfetaminas y antidepresivos tricíclicos también tienen potencial para desencadenar un episodio maníaco<sup>8,9</sup>.

## **2. Concepto**

El Trastorno Bipolar es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por acentuadas variaciones del humor, de la actividad, con crisis repetidas de depresión y "manía". Los pacientes oscilan entre episodios de elevación del humor, aumento de energía y actividad (manía e hipomanía) y episodios de disminución de la energía y de la actividad (Depresión). Cualquiera de los dos tipos de crisis puede predominar en una misma persona siendo su frecuencia bastante variable, pudiendo ser las crisis graves, moderadas o leves<sup>8,10</sup>.

Se trata de una entidad patológica que se caracteriza por la bipolaridad y es cíclica en el que el humor y la actividad del paciente los lleva a estar significativamente perturbados. Se llama Bipolar o Psicosis Maníaco-Depresiva porque generalmente tienen dos polos, el maníaco y el hipomaníaco. A su vez esta enfermedad tiene múltiples variantes: Existen formas sólo depresivas, sólo maníacas y otras presentaciones depresivas ligeras precedidas por una fase maníaca corta o viceversa. La intensidad, disfuncionalidad, duración y la

frecuencia de las crisis también varían de un paciente a otro, en el que cada uno puede presentar un determinado perfil <sup>8,9,10</sup>.

## **Datos Epidemiológicos**

Los trastornos del humor, en los que podemos incluir la Enfermedad Bipolar son la cuarta causa de incapacidad a nivel mundial <sup>10</sup>.

El primer episodio de Trastorno Bipolar puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo existe una mayor prevalencia antes de los 50 años de edad <sup>8,10</sup>.

La prevalencia a lo largo de la vida en muestras comunitarias varían entre el 0.4% y el 1,6 %. Aproximadamente entre el 10% y el 15% de los adolescentes con episodio depresivo mayor podrían llegar a tener un Trastorno Bipolar.

En los hombres el primer episodio llega a ser maníaco y en las mujeres depresivo. Las mujeres con Trastorno Bipolar poseen un mayor riesgo de desarrollar episodios posteriores, con una mayor incidencia en el período posparto <sup>10</sup>.

La frecuencia de episodios maníacos o hipomaníacos es más variable. También el padrón de remisiones y recaídas es bastante variable ya que, con el paso del tiempo, las remisiones tienden a volverse más breves y las recaídas más largas <sup>7</sup>.

## **3. Manifestaciones Clínicas: Fase Maníaca/Depresiva**

### **Fase Maníaca**

La manía normalmente tiene un inicio abrupto y dura entre 2 semanas a 4-5 meses, teniendo una duración media de 4 meses <sup>11</sup>. La principal sintomatología está caracterizada por:

## **Alteraciones del Pensamiento**

**Las Ideas Delirantes** surgen en la fase maníaca y habitualmente son congruentes con el humor, caracterizándose por contenidos de grandeza, de posesión y capacidades excepcionales, de identidad con personas de estatus social elevado *“Tengo contactos con el Presidente de los EEUU, soy agente de la KGB/CIA más no puedo revelar secretos porque me pueden matar, tengo contactos con Dios y si quiero puedo cambiar el mundo”*. El contenido del pensamiento es de un marcado optimismo, expansivo, con un concepto exagerado de si mismo, grandioso y como consecuencia una autoestima más elevada, se puede sentir con poderes especiales, superdotados, capaces de grandes obras.

En los episodios maníacos graves son frecuentes las ideas delirantes de referencia, persecución, místicas y con contenidos fantásticos y visionarios *“ mi vecina me hace brujerías con los ojos, se quiere apoderar de mis casa que me costó pagar”, “Nuestra Señora derramó una lágrima en mi cara y me volví santa”*.

De acuerdo con la INCP <sup>12</sup> se entiende que las alteraciones del pensamiento se encuentran dentro de las alteraciones cognitivas y que la actividad delirante se puede manifestar en términos de alteración del contenido, de la forma o del curso del pensamiento <sup>13</sup>. Estas alteraciones pueden ser denominadas según una clasificación de los delirios (delirios místicos, autorreferencia, grandeza, celos etc.) y que son idénticos a los descritos en el capítulo de la esquizofrenia.

La atención al paciente maníaco no se fija en ningún objeto, cambiando constantemente de foco. La atención es habitualmente dispersa.

## **Actividad Psicomotora**

En la fase maníaca la actividad motora está acelerada, con una energía extrema, envolviéndose en una sucesión de actividades, la mayor parte de las veces sin finalizar, frecuentemente produciendo serios riesgos que no son

correctamente valoradas por el propio sujeto. Por ejemplo hace compras excesivas como coches de lujo, viajes inesperados y sin finalidad, pasa horas hablando por teléfono con desconocidos, puede dar ofertas valiosas, negocios irresponsables de los que pueden resultar problemas judiciales. Muchos de los problemas necesitan ser resueltos por los familiares, por lo que se trata de un problema con repercusiones a nivel de la familia <sup>13</sup>.

**Sexualidad** Presentan un aumento de la libido, enredándose muchas veces en aventuras desastrosas para la vida familiar y personal, con comportamientos sexuales desinhibidos y de riesgo.

**Relaciones** Los conflictos son constantes y frecuentes, las respuestas son incontrolables, de hostilidad y agresividad. Acaban por ser rechazados y estigmatizados.

**Humor Expansivo-** (polo maníaco) acompañado de grandiosidad, con una actividad motora aumentada, alteración del proceso de pensamiento, fuga de ideas.

**Sueño y Reposo** - Presentan una reducción de la necesidad de dormir o incluso una ausencia total del sueño. Generalmente duermen por cortos períodos y se relaciona con una acentuada energía, al final de algún tiempo pueden llegar a tener un estado de agotamiento y debilidad física, con pérdida de peso, debido a la disminución subjetiva de las necesidades de comer, asociada a una ingesta nutricional insuficiente.

### **Otra Sintomatología**

La creencia irracional en las propias capacidades y poderes (narcisismo); extrema irritabilidad, evaluaciones pobres y anormales, consumo de drogas particularmente cocaína, alcohol y medicación para dormir; comportamientos desagradables, provocativos o invasivos ; negación de que algo sea erróneo.

## **Fase Depresiva**

En el episodio depresivo la sintomatología es común a otras formas de depresión. La fase de depresión es usualmente más larga, teniendo una duración media de 6 meses, sin embargo es raro que dure más de 1 año, lo que podrá ocurrir eventualmente, después de pasada la mediana edad, momento en que los episodios depresivos se vuelven más comunes y de mayor duración.<sup>8,9,10</sup>

Otra característica de este tipo de depresión es el inicio brusco. El paciente puede incluso recordar el día exacto en que comenzó a sentirse deprimido.

### **Los síntomas habituales son:**

**Pensamiento.** Cuando está presente el humor depresivo generalmente las ideas delirantes son de ruina, pérdida, de culpa y desesperanza " *el mundo va a acabar, soy culpable de todo, predigo inmensas desgracias, accidentes y muertes*". A veces se pueden verificar disociaciones entre el contenido de las ideas delirantes y el humor exaltado. Habitualmente tiene una autovaloración pesimista, baja autoestima y sentimientos de culpa. A veces presenta sentimientos de muerte o suicidio y en algunas situaciones puede incluso concretizarlo en una tentativa de suicidio/suicidio.

**Humor** Puede manifestar síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo más en la depresión bipolar que en la unipolar (un paciente con varios internamientos puede tener una primera fase maníaca para después tener sólo episodios depresivos recurrentes). Humor triste, ansioso o vacío, persistente.

**Memoria** Generalmente presenta dificultades de concentración y de retención de la información, amnesia anterógrada.

### **Otros síntomas generales**

**Síntomas somáticos** manifestados por un malestar físico generalizado, fatiga, disminución de la libido, del apetito, del sueño, aumento de peso.

**Desánimo, tristeza, pérdida de interés por la vida y desmotivación en la realización de actividades** hasta entonces gratificantes, como la actividad sexual (anhedonia).

Sentimiento de **falta de esperanza**, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza.

**Actividad psicomotora** con agitación o retardo psicomotor, desasosiego y /o irritabilidad.

Dolor crónico u otros síntomas corporales persistentes que no son causados por una enfermedad física.

Otros síntomas inespecíficos.

#### **4. Subtipos**

De acuerdo con la intensidad de los síntomas pueden ser divididos esencialmente en tres categorías<sup>9,10,11</sup>

##### **Bipolar tipo I**

Los episodios de Depresión Mayor alternan con los de Manía. Pueden tener inicio en la adolescencia o sobre los 20 ó 30 años, en el que el primer episodio puede ser maníaco, depresivo o mixto.

Los hombres tienden a sufrir un mayor número de episodios maníacos y las mujeres de episodios depresivos o mixtos.

Existe una tendencia natural en el aumento de la frecuencia de la frecuencia de las crisis a medida que la enfermedad progresa y los períodos libres se síntomas tienden a volverse más cortos. Entre el 7% y 14% de los pacientes tienen un curso crónico. Algunos casos pueden progresar a un deterioro de las funciones intelectuales, con un empobrecimiento afectivo<sup>9</sup>.

## **Bipolar tipo II**

En este tipo, el primer episodio es generalmente depresivo, de evolución arrastrada, produciendo una incapacidad psicosocial y laboral. Tiene características atípicas.

Puede tener un curso inestable y tumultuoso, con tendencia a no responder a los antidepresivos, cambiando a estados de excitación con mezcla de síntomas depresivos, ansiosos e hipomaniacos, aumento de la disregulación afectiva subyacente, períodos con breves estados hipomaniacos o episodios ciclotímicos, cuadro con mezcla de estados de sufrimiento e incomprensión por parte de los otros.

## **Estados Mixtos**

La enfermedad bipolar cuando cursa con estados mixtos se caracteriza por el inicio precoz y por la presencia de cuadros depresivos iniciales más graves, o sea, mayor gravedad del trastorno y mayor duración de los episodios.

Los enfermos tienen menos ciclos rápidos, habitualmente con más de 4 episodios por año y un peor pronóstico a corto y largo plazo.

La probabilidad de recurrencia es más elevada y tiene un mayor número de hospitalizaciones. Tienden a tener con más frecuencia episodios con características psicóticas, en las que hay un mayor riesgo de suicidio.

En el DSM-IV-TR<sup>6</sup> el episodio mixto es definido como una sobreposición de un episodio maníaco con un depresivo mayor. Este sistema es demasiado es demasiado restrictivo porque no considera todas las manifestaciones de los estados mixtos observados. En el CIE.10 (Clasificación Internacional de las enfermedades 10ª edición) es más global<sup>7</sup>.

Además de lo escrito, no es raro que los episodios depresivos estén acompañados durante días o semanas por hiperactividad, discurso acelerado o incluso el humor maníaco o de grandiosidad, acompañados de agitación,

pérdida de energía y de la libido. Hay una gran inestabilidad afectiva y muchas variaciones sintomáticas a lo largo del tiempo que dura un episodio.

## **Bibliografía**

1. Marneros A. - Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *Journ Affective Disorders*. 2001; 67: 229-240.
2. Kraepelin E. Dementia praecox and manic-depressive insanity. Reed 1989, New York, NY: The classics of Psychiatry and Behavioural Sciences Library; 1919.
3. Goodwin F, Jamison K. Manic depressive illness. Oxford: Oxford University Press; 1990.
4. Leonhard K. The classification of endogenous psychoses. Translated by Berman R. New York, NY: John Willey and Sons; 1979.
5. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*. 1996; 16(2 suppl 1):4s-14.
6. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
7. CIE-10 (OMS). Classificação de transtornos e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes – Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Ebert MM, Loosen PT, Nurcombe B. Psiquiatria - diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.
9. Townsend M. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002.

10. Harrison P, Geddes J, Sharpe M. Guia prático climepsi de psiquiatria. Lisboa: Climepsi; 2006.

11. Davison G, John MN. Psicologia do comportamento especial (abnormal psychology). 8ª. Edição. Rio de Janeiro; Livros Técnicos e Científicos Editoras S.A.

12. ICNP. Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2003.

13. Sequeira C. Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra: Quarteto Editora; 2006.

## Trastorno Bipolar

### Situación actual:

Mujer de 50 años, casada y con una hija, que es traída a urgencias por su familia (marido e hija) por presentar en los últimos 15 días un cuadro consistente en: lenguaje y pensamiento acelerado, verborrea, fuga de ideas, hiperactividad, insomnio casi total, conducta desinhibida, delirios megalomaniacos “*Soy una persona importante, me están llamando todo el tiempo, no oyes como suena el teléfono?*”, “*voy a poner una fábrica de ....*”, a penas come porque no tiene tiempo para ello. “*Ahora si que me siento feliz* “. No tiene ninguna conciencia de enfermedad y no se toma el tratamiento prescrito. Cuando comienzan a notarla más nerviosa la llevan al Centro de Salud Mental y le pautan tratamiento que no toma porque dice que la deja aplanada y que ella quiere estar viva y feliz porque tiene muchas cosas que hacer.

Se dedica a sus labores, tiene estudios medios.

### Evolución:

A los 20 años tuvo un cuadro depresivo, con tristeza, anhedonia, clinofilia, inhibición psicomotriz, ideas de muerte y realizó un intento de suicidio por lo que requirió ingreso y fue tratada con TEC y antidepresivos. Estuvo asintomática hasta que a los 30 años tuvo otra fase depresiva, pero que en esta ocasión no la ingresaron. Ha estado bien, adaptada y asintomática hasta este momento.

### **Patrones alterados:**

- Percepción y mantenimiento de la salud
- Sueño-reposo
- Nutricional-metabólico
- Cognitivo-perceptivo

## **Personajes:**

**Paciente:** Profesora.

**Marido:** Alumno. Tiene 52 años. Es agente de seguros y se pasa todo el día fuera de casa, cuando llega se encuentra a su mujer muy excitada, no le hace caso en nada, su mujer se va a la casa del vecino a tomarse cubatas, el vecino se lo ha comentado, no duerme y no deja dormir a los demás, así se acuesta a las 12 y a las 2 de la mañana se levanta y se pone a limpiar y la música muy alto. Cuando se le llama la atención se pone agresiva.

**Hija:** Alumna. 20 años. Estudiante universitaria. Está todo el día con su madre, no la puede controlar, lo está pasando muy mal. Su madre le dice que es muy vaga y que se pasa el día durmiendo.

**Enfermera/o:** Un alumno/a, debe ser un enfermero de una unidad hospitalaria que recibe al paciente y le hace la valoración de enfermería.

## TRASTORNO BIPOLAR. Fase Maníaca

➤ **Encuadre:** Paciente remitida desde el Servicio de Urgencias para ingreso en una Unidad Psiquiátrica Hospitalaria.

Sube acompañada de su familia, marido e hija.

Al llegar a la Unidad es recibida por la enfermera que se va a hacer cargo de su cuidado, las recibe en un despacho en el que va a transmitir a la paciente y a la familia la información sobre el ingreso, en cuanto a normas y características del ingreso. A su vez va a intentar realizar una primera valoración de enfermería.

### ➤ **Entrevista**

Durante la entrevista encontramos en la paciente la siguiente psicopatología:

**1. Nula conciencia de enfermedad.** La paciente es traída a urgencias por su familia a la fuerza ya que no tiene ninguna conciencia de enfermedad. Así nada más entrar a la unidad dice:

*"Yo aquí no me voy a quedar, eh!, tengo mucha prisa y me tengo que ir, y aquí no me voy a quedar, eh!."*

*"Bueno como te decía yo me voy, tengo mucha prisa".*

*"Yo me tengo que ir, tengo mucha prisa, me tengo que ir".*

*"El psiquiatra pensará que yo estoy loca, pero a mi no me pasa nada"*

*"No, no , a mi no me pasas nada, ya no sé cómo decirlo, Encarna, eres Encarna, a mi no me pasa..."*

*"Yo no voy a pasar aquí ningún día, porque no tengo ninguna enfermedad. Tú me preguntaste como te encuentras y yo te digo feliz, mejor que nunca, mejor que nunca y yo por qué voy a estar aquí, no tengo por qué".*

**2. Estado de hiperactividad e intromisión.** Nada más entrar a la unidad y sin que nadie le pregunte por su nombre, se lanza a la enfermera y le da un beso. No es capaz de guardar los límites. Durante la entrevista, de pronto empieza a tocar a la enfermera, está constantemente moviendo las piernas, mirando el bolso, como si oyera sonar el teléfono.

*"Hola, qué tal, ¿cómo te llamas?"*

*"Yo me tengo que ir, tengo mucha prisa. Oye , me gusta mucho este pañuelo que llevas aquí, es bonito, oh, qué pulsera..."*

*“No, no , a mi no me pasas nada, ya no sé cómo decirlo, Encarna, eres Encarna, a mi no me pasa, me gustan mucho estos pendientes, uy! Qué pulsera!, está muy bien”*

**3. Alteraciones del humor.** Presenta un estado de ánimo eufórico, alegre, con una sensación de bienestar, mostrando en algún momento de la entrevista también cierta hostilidad hacia los familiares cuando intentan que no coja el teléfono, así como irritabilidad y enfado cuando le llevan la contraria.

*“.....¿Sabes lo que me pasa a mí?, ¿Sabes lo que me pasa a mí? Que soy feliz, encantada de la vida, encantada de la vida....”*

*“....ahora yo soy feliz, encantada de la vida, en la primavera, los pájaros cantan, sale el sol, los pajaritos...”*

*“ Déjame, déjame, suéltame”*

*“No, no te dejo el bolso”*

*“ Vosotros callaros, no tenéis nada que decirle a esta señorita”*

*“Siempre lo mismo, venga para aquí, para allá, bueno he venido.....porque menudo escándalo en la calle con mi marido y mi hija....¡siiiii, no me mires así!....¿es que soy una delincuente?¿ Vais a llamar a la policía?”*

*“ A mi no me pasa nada, yo soy feliz, porque claro hace unos años...ya me acuerdo yo, venga pastillas, venga pastillas y yo tirada por los suelos, por los suelos, por los suelos y claro ahora que soy feliz, feliz...”*

#### **4. Estado de energía inagotable y desbordante**

Tiene muchas ganas de hacer cosa siendo difícil controlar su conducta por parte de su familia.

*“ ...yo tengo muchas cosas que hacer, yo limpio, yo limpio mi casa ¿tú limpias tu casa?, yo estoy ocupada todo el día y limpio por la noche ¡qué pasa! Y pongo la música y limpio al ritmo de la música, limpio para aquí, limpio para allá, ya está.”*

#### **5. Conducta desinhibida .**

No pone límites a su conducta y se mete en la casa del vecino a cada hora sin darse cuenta de si molesta o no.

*“ A mi no me pasa nada, yo soy feliz, porque claro hace unos años...ya me acuerdo yo, venga pastillas, venga pastillas y yo tirada por los suelos, por los suelos, por los suelos y claro ahora que soy feliz, feliz, ahora voy a casa del vecino de enfrente, me invita a tomar café y habla conmigo, porque tú llegas a casa todos los días cansado”*

## 6. Trastornos del Pensamiento y del lenguaje

Presenta alteraciones del pensamiento tanto en el contenido como en el curso. Presenta ideas megalomaniacas o de grandeza y un pensamiento acelerado que se traduce en un lenguaje acelerado.

*“ ... y además soy muy importante, ya estamos, ya estamos, sonando el teléfono, me están llamando”.*

*“porque soy una persona importante, son todos los políticos, para que organice todos los congresos y todas las cosas, constantemente, constantemente”*

*“...voy a montar una fábrica y ahora con la crisis le voy a dar trabajo a todo el mundo, a todo el mundo, soy una persona importante y como persona importante no puedo estar aquí, yo aquí no puedo estar, tengo que irme..”*

*“..ya te dije que lo que me pasa es que tengo poderes, yo curo la ceguera, le hago así y ya está curado y es verdad..”*

*“..yo soy una persona importante, me llaman de todos los sitios para que organice aquí, allá, para que haga este evento y este otro, organice este congreso y yo quiero ser cantante y me voy a presentar a un concurso de la TV..”*

## 7. Conclusión

Si observamos en un primer momento de la entrevista, la paciente no acepta ni la enfermedad, ni el ingreso, pero a medida que va pasando el tiempo acepta quedarse unos días porque no tiene otro remedio.

En esta entrevista, en relación al **papel de la enfermera**, esta ha debido de ser más directiva en el sentido de cortar suavemente muchas de las intervenciones de la paciente y no intentar en ese momento, dado su estado clínico, realizar la valoración de enfermería debiendo posponer para más adelante. Se deben ir preguntando cosas de la valoración pero sin ser muy rígida en las preguntas. También debía separar a la paciente de la familia durante la entrevista porque se observa cierta actitud hostil hacia su marido e hija por lo que es difícil.

# Valoración de enfermería en salud mental: Casos clínicos I

## Trastorno conversivo y disociativo

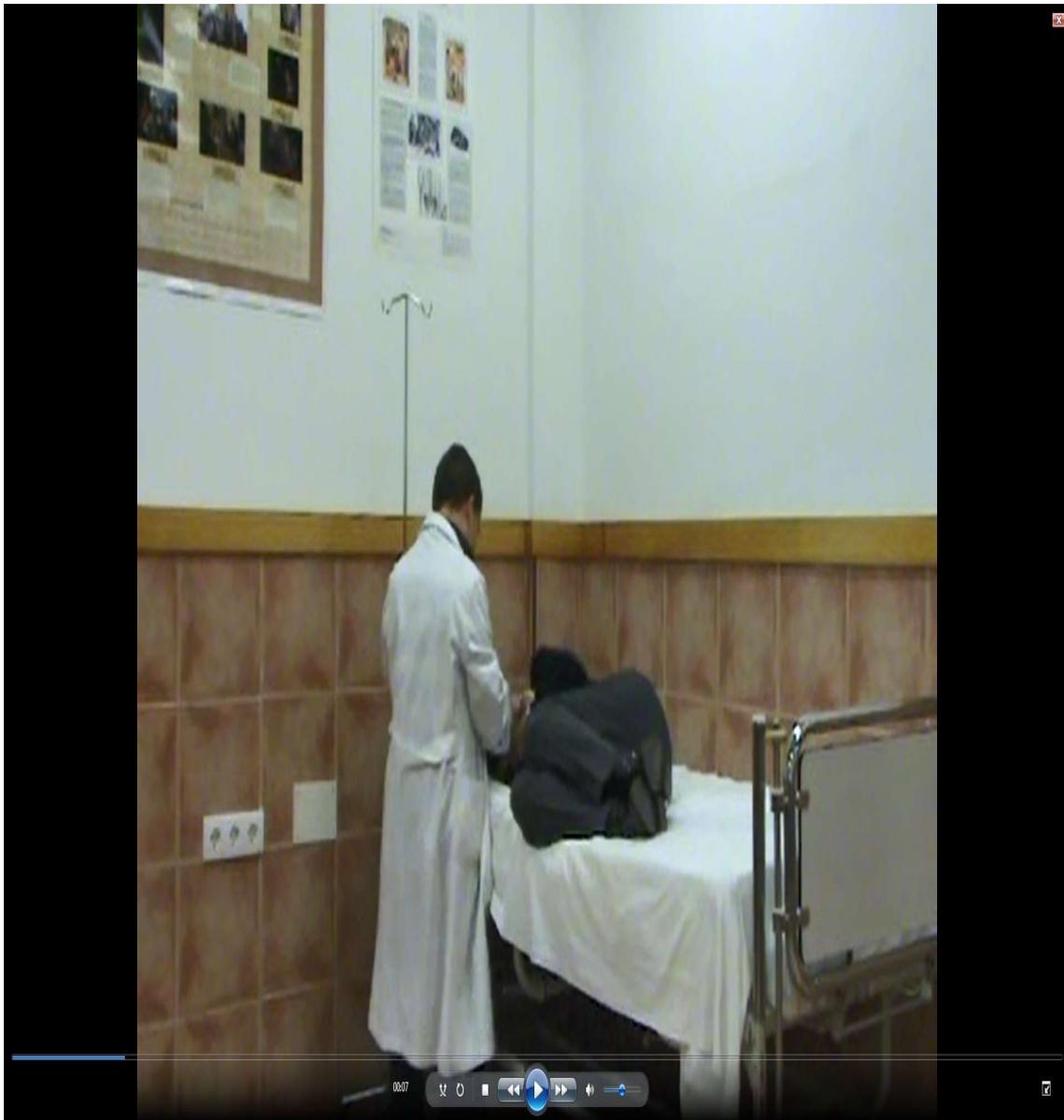
- Descripción del trastorno disociativo
- Ver caso clínico
- Ver Videos
- Ver comentarios
- Powerpoint Trastorno de ansiedad

- Volver al Menú Principal
- Salir

Autores:  
Dr. Baldomero de Maya Sánchez  
Dra. Isabel Fortea Gorbe



## VÍDEO TRASTORNO CONVERSIVO Y DISOCIATIVO



## 1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA Y CLASIFICACIÓN DE LOS CONCEPTOS DISOCIACIÓN Y SOMATIZACIÓN.

El trastorno Conversivo-Disociativo, es una combinación de síntomas de dos trastornos distintos, aunque muchas veces profundamente relacionados: 1. El trastorno de conversión (incluido dentro de un grupo más genérico de trastornos: los trastornos somatoformes) y 2. El trastorno disociativo.

### **DISOCIACIÓN:**

Separación estructurada de los procesos mentales que normalmente se hayan integrados.

PIERRE JANET fue el primero en describirlo (désagrégation -1889, 1907- ) al identificar las estructuras elementales del sistema mental como “*automatismos psicológicos*”, considerando cada automatismo como la unidad entre cognición, emoción y motivación que mueve a la acción. Sucede que en ciertas circunstancias uno o más automatismos se dividen del resto de forma que acaban funcionando fuera de la consciencia y sin control voluntario. Considera la represión como uno de los mecanismos que pueden llevar a la disociación de forma que el funcionamiento de estos automatismos disociados constituiría uno de los principales síntomas de la histeria, definiendo ésta como *una enfermedad de la síntesis personal*<sup>1,2</sup>.

CHARCOT (1890) estudió la disociación a través de la hipnosis, considerando ésta como una prueba de la patología; entonces, cuando una persona se curaba de la histeria ya no podría ser hipnotizado de nuevo<sup>3</sup>.

FREUD Y BREUER reformulan todo lo anterior proponiendo que los síntomas disociativos se deben a la capacidad para entrar en trance hipnótico y no la inversa<sup>4</sup>.

### **CLASIFICACIONES ACTUALES. DISOCIATIVOS<sup>5</sup>**

DSM IV: T. DISOCIATIVOS	CIE 10: T. DISOCIATIVOS (DE
-------------------------	-----------------------------

	CONVERSION)
Amnesia disociativa	Amnesia disociativa
Fuga disociativa	Fuga disociativa
	Estupor disociativo
	T. de trance y de posesión
	T. disociativos de la motilidad
	Convulsiones disociativas
	Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas
	T. disociativos (de conversión) mixtos
T. disociativo de identidad	<p>Otros T. disociativos (de conversión):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Ganser</li> <li>• T. personalidad múltiple</li> <li>• T. disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia</li> <li>• Otros T. disociativos (de conversión especificados)</li> </ul>
T. disociativo por despersonalización	
T. disociativo no especificado	T. disociativo de conversión sin especificación

## MODELOS EXPLICATIVOS

1-TEORIA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION (LI Y SPIEGEL, 1992): cuando una red tiene problemas para integrar la información de entrada (por ejemplo, un estímulo traumático) no consigue un procesamiento unificado y equilibrado, en ese momento las “redes neuronales” caen en una situación “disociada” a través de la cual van en una u otra dirección pero sin conseguir la

solución equilibrada y óptima, siendo por tanto incapaces de procesar relajadamente todo el input que reciben <sup>6</sup>.

2-TEORIA DE LA NEODISOCIACION DE HILGAR (1977): la mente está organizada jerárquicamente a través de estructuras cognitivas que supervisan, organizan y controlan el pensamiento y la acción en distintos ámbitos (percepción, memoria, emoción). Se organizan de tal forma que las estructuras superiores son capaces de activar y/o inhibir a las inferiores, las conexiones entre dichas estructuras y por tanto el control de las superiores sobre las inferiores se ve cortocircuitado en determinadas circunstancias debido a la intervención de una estructura ejecutiva que controla y supervisa todo el conjunto, en estos momentos se pierde el control o como mínimo el nivel de conciencia de la información que está siendo tratada se ve disminuido considerablemente. En ambos casos se produciría una disociación<sup>7</sup>.

3-DISOCIACION Y SISTEMAS DE MEMORIA: la distinción entre memoria semántica y episódica se considera desde estas teorías importante para ciertos fenómenos disociativos. Se considera pues que el automatismo puede ser un reflejo de la ruptura entre la autoidentificación en ciertos tipos de memoria episódica y la actividad rutinaria en la memoria semántica <sup>8,9</sup>.

4-DISOCIACION Y TRAUMA: la disociación actúa como defensa ante acontecimientos traumáticos, defensa que busca mantener el control mental cuando se ha perdido el control físico <sup>8,9</sup>.

**SOMATIZACIÓN:** El origen de la concepción de los trastornos somatomorfos lo encontramos en la histeria, caracterizada por múltiples molestias físicas inexplicables físicamente, donde la conversión sería el mecanismo de defensa que convierte la “energía psíquica” en síntomas físicos. Freud consideraba la represión inconsciente de sentimientos, deseos y temores ante situaciones traumáticas la base de los procesos histéricos, además distinguió entre la neurosis histérica de conversión y la neurosis disociativa. El concepto de “conversión” propuesto por Freud se asemeja mucho al de somatización de Stekel<sup>4</sup>.

STEKEL introdujo el término **somatización** en 1943 definiéndolo como **trastorno corporal que surge a causa de la expresión de una neurosis muy profundizada** <sup>10</sup>.

LIPOWSKI (1988): Tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas físicos que la persona experimenta erróneamente como signo de enfermedad física buscando por tanto consejo y asistencia médica <sup>10</sup>.

Para PILOWSKI, KIRMAYER Y ROBBINS la somatización es un patrón de conducta enfermedad (procesos cognitivos y conductas manifiestas) que pueden ser expresión de un rasgo de personalidad o de una tendencia a adoptar el rol del enfermo <sup>11</sup>.

## **CLASIFICACIONES ACTUALES. SOMATOMORFOS**

En el DSM y DSM II no existía ninguna categoría que se correspondiera con el término “somatomorfo”, y los síndromes que alteraban los órganos que estaban bajo el control del sistema nervioso autónomo se incluían en la categoría de “psicofisiológico” <sup>12,13</sup>.

**El DSM** describe únicamente de forma específica la “reacción por conversión” y considera cualquier otra patología somatomorfe como dentro de los “trastornos psiconeuróticos” <sup>12</sup>.

**El DSM II** (APA, 1968) incluía bajo el epígrafe “neurosis” la “neurosis histérica de conversión” y la “neurosis histérica disociativa” separando la “neurosis hipocondríaca” de las neurosis histéricas <sup>13</sup>.

**El DMS III** (APA, 1980) incluye por primera vez los trastornos somatomorfos como tales, creando además una segunda categoría diagnóstica e independiente para los trastornos disociativos <sup>14</sup>.

**El DSM III-R** (APA, 1987) introduce ligeras modificaciones <sup>15</sup>.

**El DSM IV y IV-R** (APA, 2004) ha cambiado algunos criterios diagnósticos, siendo la característica común de estos trastornos la presencia de síntomas

físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de alguna sustancia o por otro trastorno mental. Este tipo de trastornos han quedado clasificados de la siguiente manera dentro del DSM IV-R: <sup>16,17</sup>.

- Trastorno de somatización.
- Trastornos somatomorfo indiferenciado.
- Trastorno de conversión.
- Trastorno por dolor.
- Hipocondría.
- Trastorno dismórfico corporal.
- Trastorno somatomorfo no especificado.

La **CIE 10** (OMS, 1992) reúne de forma equivalente los trastornos somatomorfos bajo el epígrafe “trastornos somatomorfos y trastornos disociativos (de conversión)” dentro de una categoría general de “trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. La OMS incluye como trastornos somatomorfos aquellas alteraciones en las que se da una presencia reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen ninguna justificación somática, siendo esta definición por tanto, más excluyente que la propuesta por la APA. Pero la diferencia fundamental entre la CIE 10 y el DSM IV es la inclusión del trastorno por conversión dentro del grupo de los somatomorfos (DSM) frente a la CIE, que lo incluye dentro de una categoría diferente, aunque relacionada, es decir, dentro de los trastornos disociativos (de conversión). Por último, la clasificación de la OMS incluye un trastorno denominado disfunción vegetativa somatomorfa que no encuentra equivalente en el DSM <sup>18,19</sup>.

## **2.TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y SOMATOMORFOS (DSM-IV-TR Y CIE10)**

**CIE 10: TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)** <sup>18-20</sup>

Pérdida total o parcial de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. El término conversión hace referencia en estos trastornos a la transformación, mutación, de los sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que la persona no puede resolver, en síntomas.

***Amnesia disociativa:*** Dificultad para recordar un episodio de la vida de carácter traumático , dificultando hasta los cuidados básicos vitales .

***Fuga disociativa :*** Dificultad para recordar un episodio de la vida de carácter traumático , sin dificultar los cuidados básicos vitales .

***Estupor disociativo.*** El comportamiento de la persona coincide con el del estado de estupor, pero la exploración clínica y la anamnesis indican que no hay etiología somática sino una génesis psicógena.

El estupor se diagnostica por la disminución o ausencia de la motilidad voluntaria y la respuesta normal ante los estímulos externos como la luz y los ruidos o la estimulación táctil. El habla y los movimientos espontáneos y voluntarios están casi o totalmente ausentes, encontrándose el enfermo acostado o sentado durante largos períodos de tiempo. El tono muscular, la postura, la respiración y a veces la apertura y movimientos coordinados de los ojos son tales que es obvio que el enfermo no está ni dormido ni inconsciente. Pautas para su diagnóstico: a) La presencia del estupor descrito. b) Ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor. c) Presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

***Trastornos de trance y posesión.*** Pérdida temporal del sentido de identidad personal unido a una pérdida de la conciencia del entorno de manera involuntaria y espiritualidad y psicológico y del yo circundante. Conciencia temporal o conciencia del yo No motivado por la cultura

***Trastornos disociativo de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad.*** (conversión en el DSM) Encontramos una pérdida de la motilidad y

sensibilidad, de forma tal que el paciente aparenta tener una enfermedad somática sin que se pueda encontrar ninguna que se corresponda con los síntomas. La evaluación del estado psicológico del enfermo y de su situación social sugieren que la incapacidad funcional ocasionada por los síntomas puede estar ayudando al paciente a escapar de conflictos desagradables o a expresar alguna necesidad, deseo, resentimiento... de forma indirecta. En algunos pacientes los síntomas surgen en íntima relación con una situación de estrés psicológico, pero no en otros. Pautas para su diagnóstico: a) No debe haber evidencia de un trastorno somático. b) Debe haber un acontecimiento suficiente del entorno psicológico y social y de las relaciones interpersonales del enfermo para permitir una presunción razonable de los motivos de la aparición del trastorno.

***Trastornos disociativos de la motilidad:*** Pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o alguna parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. Podemos encontrar también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo.

***Convulsiones disociativas:*** Imitan a un ataque epiléptico, pero no tienen casi consecuencias físicas. Suelen durar más tiempo que un ataque epiléptico normal y se producen con presencia de gente.

***Parestesias y pérdidas sensoriales disociativas:*** Pérdida de sensibilidad de una parte del cuerpo.

***Trastorno disociativo (de conversión) mixto:*** Cualquier combinación de las 3 categorías anteriores: Convulsiones, motilidad o sensibilidad.

***Otros trastornos disociativos (de conversión):*** Síndrome de Ganser (respuestas aproximadas), personalidades múltiples, infancia y adolescencia.

***Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación***<sup>18-20</sup>.

**DSM-IV-TR: TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

La **amnesia disociativa** se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

La **fuga disociativa** se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

El **trastorno de identidad disociativo** (antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

El **trastorno de despersonalización** se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.

El **trastorno disociativo no especificado** se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico <sup>12-17,21</sup>.

## **CIE 10: TRASTORNOS SOMATOMORFOS**

Presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática sino psicógena, lo cual niega el paciente a pesar de las evidencias que se le puedan ofrecer.

**Trastorno de somatización.** Numerosos y recurrentes síntomas somáticos, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido derivado a salud mental. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistemas corporales, siendo los más frecuentes las molestias gastrointestinales y dérmicas junto con las sexuales y menstruales. Pautas

para su diagnóstico: a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática y que han persistido durante al menos dos años. b) La negativa persistente del paciente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de distintos médicos de que no existe una explicación somática para los síntomas. c) Cierta grado de deterioro de comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

***Trastorno somatomorfo indiferenciado.*** En este caso existen múltiples quejas somáticas, variables y persistentes, pero el cuadro clínico necesario para un trastorno de somatización no está instaurado aún.

***Trastorno hipocondríaco.*** En este caso la preocupación no son los síntomas en sí, sino temor a tener una enfermedad grave debido a la mala interpretación de los síntomas.

***Disfunción vegetativa somatomorfa.*** El enfermo presenta síntomas parecidos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo el control e inervación del sistema nervioso vegetativo. Pautas para su diagnóstico: a) Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitations, sudoración, temblor, rubor, etc. b) Síntomas subjetivos referidos a un órgano o sistema específico. c) Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos. d) La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

***Trastorno por dolor somatomorfo persistente.***

*Dolor crónico de más de 6 meses sin base orgánica.*

***Otros trastornos somatomorfos.***

## ***Trastorno somatomorfo sin especificación*** <sup>18-20, 22-24</sup> .

### **DSM-IV-TR: TRASTORNOS SOMATOMORFOS** <sup>12-19,21</sup>

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (trastorno de angustia).

#### ***Trastorno de somatización***

Criterios diagnósticos:

A-Historia de múltiples síntomas físicos, que empiezan antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B-Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. **Cuatro síntomas dolorosos**: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (por ejemplo cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción).

2. **Dos síntomas gastrointestinales**: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (por ejemplo náuseas, distensión abdominal, vómitos –no durante el embarazo- diarrea, o intolerancia a diferentes alimentos).

3. **Un síntoma sexual**: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (por ejemplo indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

4. **Un síntoma seudoneurológico**: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora, el equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia: o pérdida de la conciencia distinta al desmayo).

C-Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ejemplo droga o fármacos).

2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

D-Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

**Diferencias con la CIE 10**: la CIE 10 exige la presencia de 6 síntomas de una lista de 14 distribuidos en los siguientes grupos: 6 gastrointestinales, 2 cardiovasculares, 3 genitourinarios y 3 relacionados con la piel o el dolor; deben aparecer síntomas de por lo menos dos grupos y se incluye como criterio el “rechazo persistente a aceptar la opinión de los médicos de que no existe causa orgánica que explique los síntomas”.

**CURSO, PRONÓSTICO Y PREVALENCIA**: Trastorno poco frecuente en niños menores de 9 años. Lo más normal es que los síntomas característicos se manifiesten durante la adolescencia y que los criterios se satisfagan completamente en torno a los 25 años. Su curso es crónico con fluctuaciones, siendo escasa la probabilidad de remisión. La fase sintomática más aguda se produce durante los primeros años de la edad adulta, pero el envejecimiento no

produce la remisión total. Las complicaciones más frecuentes son las intervenciones quirúrgicas repetidas e innecesarias, dependencia de drogas, separación, divorcio e intentos de suicidio, aunque la consumación de los mismos no es frecuente.

### ETIOLOGIA:

1-Estudios familiares: Se ha encontrado un perfil diferencial entre los familiares de hombres y mujeres con trastorno de somatización; la somatización en las mujeres comparte una etiología común con la personalidad antisocial, mientras que en los hombres es probable que se relacione más bien con trastornos de ansiedad.

2-Estudios neuropsicológicos: Estos pacientes tienen dificultades para procesar la información relativa a los problemas de atención y memoria. También se han encontrado patrones bilaterales y simétricos de disfunción del lóbulo frontal y disfunción en el hemisferio no dominante, así como una mayor alteración en el hemisferio dominante que en los sujetos normales y que en pacientes con depresión psicótica y menor desorganización del hemisferio no dominante que en sujetos esquizofrénicos.

***Trastorno somatomorfo indiferenciado.*** Esta categoría y su equivalente en la CIE 10 constituyen una categoría en la que se incluyen principalmente aquellos cuadros que no reúnen los criterios completos para el diagnóstico de trastorno de somatización. La mayor incidencia de estos síntomas físicos no explicados médicamente se da en mujeres jóvenes, de estatus económico bajo. La “neurastenia” se clasifica también como un trastorno somatomorfo indiferenciado cuando los síntomas persisten durante más de seis meses.

### ***Criterios diagnósticos para el trastorno somatomorfo indiferenciado***

A-Uno o más síntomas físicos (por ejemplo fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

B-Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ejemplo droga, abuso de medicación).

2. Si hay enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

C-Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

D-La duración del trastorno es al menos de seis meses.

E-La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, del sueño o trastorno psicótico).

F-Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).<sup>12-19,21</sup>

**Trastorno de conversión:** existe una gran confusión en cuanto a la delimitación del trastorno de conversión ya que ha sido designado y conceptualizado de muy diversas formas.

**DSM:** Lo denominaba “reacción por conversión”.<sup>12</sup>

**DSM II:** Se le llamó “neurosis histérica de tipo conversión” estando dentro de estos sistemas el proceso de conversión restringido a la producción de síntomas que afectasen a la motilidad voluntaria y al sistema nervioso sensitivo.<sup>13</sup>

**DSM III:** Introduce algunas modificaciones que se mantienen presentes en el **DSM III-R** incluyéndose dentro de este trastorno la presencia de síntomas que producían cualquier pérdida o alteración del funcionamiento físico que sugiriese un trastorno físico, incluyéndose así síntomas tan dispares como los que afectan a los sistemas autonómico, o endocrino o la pseudociesis.<sup>14,15</sup>

**DSM IV, IV-R:** Considera el eje central del trastorno los síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico, pero que no pueden ser explicados ni por una condición médica ni por un fingimiento. Los síntomas de conversión más frecuentes son la ceguera, sordera, parálisis, afonía y anestesia.<sup>16,17</sup>

**CIE 10:** incluye este trastorno dentro de los Trastornos Disociativos.<sup>18,19</sup>

### ***Criterios diagnósticos para el trastorno de conversión***

A-Uno o más síntomas o déficit que afectan a las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B-Se considera que los factores neurológicos están asociados a síntomas al síntoma o déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C-El síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D-Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E-El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F-El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Codificar tipo de síntoma o déficit:

1. Con síntoma o déficit motor: incluye síntomas como alteración de la coordinación psicomotora, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad

para deglutir y sensación de nudo en la garganta –denominado también globo histérico, globus histericus- afonía y retención urinaria.

2. Con crisis y convulsiones: crisis y convulsiones con componentes motores y sensoriales.

3. Con síntoma o déficit sensorial: síntomas como sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones.

4. De presentación mixta: existen síntomas de más de una categoría.<sup>12-17,21,24</sup>

CURSO, PRONÓSTICO Y PREVALENCIA: suele iniciarse a finales de la infancia y comienzo de la edad adulta, siendo raro un inicio antes de los 10 años y después de los 35, aunque se han dado casos con inicios pasados los 90 años. Cuando se inicia al final o mediados de la vida adulta existen muchas probabilidades de que exista un trastorno neurológico subyacente. El inicio suele ser agudo, aunque puede haber un aumento gradual de la sintomatología. El curso de los síntomas individuales suele ser breve, pero entre el 20 y 25% de los pacientes recaen antes del año. Los factores asociados a un buen pronóstico son: inicio agudo, presencia de un factor estresante en el inicio, breve intervalo entre el inicio y el ingreso hospitalario y un coeficiente intelectual alto. Los síntomas como la ceguera, afonía y parálisis también se asocian a un buen pronóstico. Convulsiones y temblor se asocian a mal pronóstico. El trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres, encontrándose diferencias en la sintomatología de ambos.<sup>24</sup>

ETIOLOGÍA: Freud proponía que síntoma somático que aparece en la histeria de conversión representa la resolución simbólica de un conflicto psicológico inconsciente, que disminuye la ansiedad y tiene la utilidad de mantener el conflicto fuera de la conciencia (ganancia primaria). Asimismo, se puede obtener del síntoma de conversión una ganancia secundaria (se obtienen beneficios externos o se evitan responsabilidades u obligaciones peligrosas).

**Trastorno por dolor.** A diferencia de la CIE 10 el DSM IV-IV-R incluye que el dolor puede ir asociado a factores psicológicos y enfermedad médica. En cuanto al tiempo el DSM IV distingue entre crónico (igual o superior a 6 meses) y agudo (inferior a 6 meses).<sup>17,21</sup>

**Hipocondría.** Es tratada igual que la CIE 10. Preocupación por las funciones corporales con miedo de padecer una enfermedad grave. Se basa en una interpretación errónea de los síntomas físicos.

**Trastorno dismórfico corporal.** Alteración perceptiva, sin haber alteración física o funcional. Preocupación por padecer algún defecto en el aspecto físico que causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

**Trastorno somatomorfo no especificado.**<sup>12-17,19,21,24</sup>

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. París. Alcan.
2. Janet, P (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York. Mc Millan.
3. Charcot, J. M. (1889). *Clinical lectures on diseases of the nervous system (Vol. III)*. Londres: New sydenham.
4. Breuer, J., Freud, D. (1955). *Studies on hysteria (1893-1895)*. Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol.2. London: Hogarth Press.
5. Baños, R. M., Belloch, A. y Ruipérez, M. A. (1995). *Trastornos disociativos*. En : Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de psicopatología (vol. 2)*. Madrid, Mc Graw hill.
6. Li, D., Spiegel, D. (1992). *A neural network model of dissociative disorders*. *Psychiatric Annals*, 22.
7. Hilgard, E. R. (1977). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and action*. New York, Wiley-Interscience.
8. Spiegel, D., Cardeña, E. (1991). *Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited*. *J. Abnorm Psicol.*
9. Spiegel, D. (1995). *Trastornos disociativos*. En Hales, R., Yudofsky, S. y Talbott, J. *Tratado de Psiquiatría*. American Psychiatric Press.
10. Lipowski, Z. J. (1988). *Somatization: the concept and its clinical application*. *Am j. Psychiatry*, 145.
11. Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
12. American Psychiatric Association (1952): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washinton, DC. APA.
13. American Psychiatric Association (1968): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2ª ed.)*. DSM II. Washinton, DC. APA.
14. American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed.)*. DSM III. Washinton, DC. APA.
15. American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed. rev.)*. DSM III-R. Washinton, DC. APA.

16. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed.). DSM IV. Washinton, DC. APA.
17. American Psychiatric Associatin (2004): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed. Rev.). DSM IV-R. Washinton, DC. APA.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid. OMS. 1992.
19. Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid. Meditor.
20. Hales, R. e., Yudofsky, S. C. y Talbott, J. A.: Tratado de Psiquiatría. 2<sup>a</sup> Ed. Barcelona. Ancora.
21. American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
22. Barsky, A. J., Klerman, G. I. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. American Journal of Psychiatry, 140.
23. Shapiro, D. (1965). Neurotic Styles. New York, Basic Books.
24. Toone, B. K. (1990). Disorders of hysterical conversión, in Pshysical Symptoms and Psychological Illness. Edited by Bass, C. London, Blackwell Scientific.

## **Trastorno Conversivo / Disociativo**

### **Situación actual**

Mujer de 21 años que es traída a urgencias por sus padres porque en los últimos días su hija está vomitando y está como una autómatas, va detrás de su madre sin decir nada. Hoy acuden a urgencias porque su hija se ha desmayado y no responde a estímulos. Durante su estancia en urgencias le hacen todo tipo de pruebas (toma de constantes, TAC, RMN, analítica) dando todo normal. Está sentada en una silla de ruedas desmayada, no responde aunque se intenta hablar con ella. Impresiona de un nivel intelectual inferior. Una vez descartada la patología orgánica se sube a planta. Allí se acuesta en la cama y se pone en posición fetal pidiendo su muñeca y necesitando que le den de comer, realizando con la boca movimientos como de succión. Se le dan dos sesiones de Terapia Electroconvulsiva y sale de esa situación.

### **Evolución**

Desde hace un año presenta unas crisis durante las cuales vomita todo lo que come, ella dice que se le ponen los nervios en el estómago, llegando a perder peso durante esas crisis. Ante este estado sus padres la han traído un par de veces a urgencias, pero el episodio de hoy es nuevo. Sus padres están muy asustados pensando en que tiene algo malo, un tumor cerebral. Su padre es fontanero y hace un año, como la situación laboral le ha ido muy bien y ha prosperado, se han cambiado de residencia, cambiando de barrio y alejándose de donde vivían siempre, por lo que no se ha adaptado. También en este año está matriculada en muchas actividades (carnet de conducir, 1º Bachillerato, inglés, música), actividades que no es capaz de sacar adelante. Tiene una hermana dos años menor que ella, más inteligente y más guapa. Está en la Universidad. Tiene novio y la paciente tiene problemas de relación.

### **Personajes**

**Paciente:** Profesora.

**Padre:** Alumno. 55 años. Fontanero. Muy trabajador. No entiende lo que le pasa a su hija. Llega a urgencias muy angustiado diciendo que su hija tiene un tumor cerebral, que necesita que la vea un médico que está muy mal, que se va a morir.

**Madre:** Alumna. 49 años. Cuenta que la encuentra rara desde hace una semana. También se muestra muy preocupada pensando que su hija tiene una enfermedad grave y que se va a morir.

**Enfermera/o:** Un alumno/a, debe ser un enfermero de una unidad hospitalaria que recibe al paciente y le hace la valoración de enfermería.

## **Trastorno Conversivo y Disociativo**

### ➤ **Encuadre A**

Servicio de Urgencias. Paciente de 20 años que se encuentra en una silla de ruedas, desmayada que no responde a estímulos. Viene acompañada por sus padres, quienes están muy preocupados ya que creen que su hija tiene un tumor cerebral. Se le ha realizado diferentes pruebas de neuroimagen y todo es normal, sin embargo ella no reacciona.

Se le pregunta como se llama, pero no responde. En un momento de la entrevista abre los ojos, mirando con expresión de extrañeza a su alrededor, no dice nada y de pronto vuelve a desmayarse.

### ➤ **Sintomatología**

- Negativismo.
- Vómitos espontáneos.
- Camina como una autómatas.
- Mutismo.

### ➤ **Encuadre B**

Al descartar patología orgánica se traslada a la paciente a la Unidad de Psiquiatría. En ese momento presenta un cuadro de regresión a la infancia, realizando conductas regresivas, postura fetal, con movimientos anómalos con la boca, como succionando, balanceo, necesitando que se le dé de comer y se le asee y repitiendo constantemente : " quiero mi muñeca".

### ➤ **CONCLUSIÓN**

Esta paciente presenta un Trastorno Conversivo y Disociativo caracterizado por la presencia de desmayos, conducta de un autómatas, vómitos psicógenos, sensación de mareo y conductas regresivas. En el momento de la consulta la paciente se encuentra bajo una situación generadora de estrés (demasiada carga en los estudios y poca capacidad intelectual, carnet de conducir, cambio de estatus social) que no es capaz de controlar.

Como la paciente no contesta, la actuación de enfermería debe ir dirigida a su cuidado personal, siendo por tanto en ese momento una paciente dependiente ya que se le tiene que dar de comer, asearla, hasta que poco a poco vaya recuperando la independencia que tenía antes de esta crisis que la lleva a consultar.

En este caso también es importante tranquilizar a los padres ya que están muy angustiados pensando, ante la conducta de la hija, que padece un tumor

cerebral, por lo que se les debe explicar el tipo de trastorno que tiene y por qué necesita un ingreso en la Unidad de Psiquiatría.