

Conducta ante un síndrome delirante

S. Vergnaud

Un síndrome delirante se caracteriza por la presencia de una o varias ideas delirantes. A veces es difícil discernir el carácter delirante de un discurso, en particular cuando su coherencia formal y la convicción del individuo son tan fuertes como para suscitar la adhesión de quienes lo rodean. Por consiguiente, el papel del médico consiste en una primera fase en apreciar la modalidad delirante de una o varias ideas.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Delirio; Etiología orgánica; Trastorno del estado de ánimo; Trastornos psicótico; Agitación; Hospitalización en psiquiatría

Plan

■ Introducción	1
■ Caracterización de una idea delirante	1
Características generales	1
Mecanismos del delirio	2
Formas clínicas particulares	2
Temática delirante	3
■ Elementos de orientación diagnóstica	3
■ Clasificación de los delirios	4
Estados delirantes agudos (duración del episodio inferior a un mes)	4
Estados delirantes crónicos (duración superior a 6 meses)	4
■ Evaluación del riesgo y el grado de urgencia	4
■ Conducta a seguir	4
■ Pronóstico	5
■ Conclusión	5

■ Introducción

Un síndrome delirante está constituido por un conjunto de síntomas que se pueden encontrar en diversos trastornos, psiquiátricos o no. Las situaciones en las cuales el médico se puede enfrentar con dichos síndromes también son diversas (servicios de urgencia, consultorio, contexto crónico o trastorno agudo del comportamiento).

La expresión «síndrome delirante» incluye las ideas delirantes que se detectan en el discurso del paciente y que revelan la alteración de su pensamiento, pero también incluye los trastornos de las conductas, cuando la convicción delirante conduce al paciente a «actuar» según su delirio, y las alteraciones de la percepción como las ilusiones y las alucinaciones, que revelan una perturbación de dos aspectos de la toma de conciencia de un objeto: la percepción sensorial y la representación mental.

Ante todo hay que entrar en contacto con el paciente, para estar en condiciones de realizar una valoración etiológica completa, que permita integrar las ideas delirantes en el marco de un trastorno psiquiátrico o médico.

Una vez que se ha realizado esta primera valoración y se ha eliminado una afección médica, se impone una consulta psiquiátrica para buscar y precisar los signos capaces de orientar el diagnóstico psiquiátrico.

■ Caracterización de una idea delirante

Es más fácil identificar un delirio, que corresponde a una alteración del sistema de la realidad, que definirlo. La ideación delirante es un proceso mórbido de formación de ideas que conlleva una convicción incommovible, un sentimiento de evidencia interna y discordancia con la realidad.

Dicha ideación es personal al individuo, no compartida por su grupo sociocultural. Hay que tener en cuenta los elementos de la cultura del individuo en la interpretación del carácter inverosímil de una idea.

La falta de elementos de realidad para afirmar la falsedad de las ideas o también un cierto grado de duda en el discurso del individuo hacen que en algunos casos sea muy difícil la distinción entre realidad y delirio. Se debe recordar, como lo subraya Ey, que «la base del delirio no es el error sino las modalidades del conocimiento delirante, que en algún momento se arraiga en lo irracional».

Características generales

Las ideas delirantes pueden ser:

- vagas, difusas o, al contrario, precisas y enunciadas de manera clara;
- fijas y monótonas o bien cambiantes;
- mono o multitemáticas;
- absurdas, raras, inverosímiles o, al contrario, coherentes, en cierta medida plausibles.

Los aspectos mencionados contribuyen a apreciar el grado de organización del delirio, es decir, la presencia o ausencia de una estructura lógica y organizada subyacente.

También hay que evaluar su extensión, es decir, en qué medida invade los diversos sectores de la vida de la persona. Puede ser limitado (delirio en sector, como el delirio de celos centrado en una persona) o muy extenso (delirio en red, como el brote delirante agudo con sentimiento difuso de persecución).

Hay que determinar la relación del paciente con sus ideas delirantes: la convicción puede ser absoluta, sin que le hagan mella las refutaciones o las pruebas de realidad, pero también puede coexistir con una cierta conciencia de su naturaleza mórbida, incluso un cierto grado de crítica, variables en el tiempo. Incluso puede ocurrir que un paciente seguido en psiquiatría venga a consultar espontáneamente declarando que «está volviendo a delirar». Un delirio antiguo puede atenuarse (enquistamiento) y dar lugar a modalidades de funcionamiento más adaptadas. Esta persistencia casi silenciosa siempre puede reactivarse.

Mecanismos del delirio

Diversos mecanismos intervienen en la elaboración delirante; por lo general están asociados, pero con frecuencia predomina uno de ellos.

Interpretación

Es un razonamiento falso cuyo punto de partida es una sensación real o un hecho exacto al que se da una significación errónea.

Por ejemplo, un paciente que se siente cansado piensa que se le ha inoculado un virus (interpretación endógena) o bien un paciente que recibió un empujón en la calle piensa que se trata de una advertencia (interpretación exógena).

Intuición

Es un mecanismo que rara vez se encuentra aislado. Consiste en un conocimiento intuitivo que se impone al individuo como una evidencia súbita e inmediata, sin justificación lógica. Por ejemplo: «De golpe entendí que yo era el hijo de Dios».

Imaginación o fabulación

Es un enriquecimiento del delirio por elementos provenientes de la imaginación de la persona, que suelen ser extravagantes o fantasiosos. Por ejemplo, filiación ilustre, intervención de personajes misteriosos.

Ilusiones

Se trata de deformaciones de la percepción de un objeto real que pueden afectar a todos los sentidos. Ejemplo: un paciente cree que oye a su niño llorar cuando oye gritos en la televisión. También se pueden observar variaciones cuantitativas de las percepciones (apagadas, atónicas o, al contrario, excesivamente intensas).

Alucinaciones

Son falsas percepciones que aparecen en ausencia de un estímulo exterior: «percepción sin objeto para percibir» (H. Ey).

Se distinguen las alucinaciones psicosenoriales y las alucinaciones intrapsíquicas.

“ Puntos esenciales

Actitudes del paciente que hacen sospechar alucinaciones

- Actitudes de escucha (atención dirigida hacia las voces más que hacia el interlocutor).
- Diálogo alucinatorio.
- Conductas de defensa hacia las voces (tapones de oído o auriculares).

Alucinaciones psicosenoriales

Son verdaderas alucinaciones que pueden afectar a todos los campos perceptivos. Pueden ser simples, elementales (sonidos, destellos, roces) o bien complejas y elaboradas (conversaciones, escenas o imágenes). Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas y visuales, las otras (táctiles o cenestésicas, olfativas y gustativas) son más raras.

Alucinaciones psíquicas

Son «falsas alucinaciones» puesto que carecen de referencias sensoriales y espaciales. Es difícil descubrirlas y se describen como «voces interiores» sin la marca de la subjetividad, puesto que la persona no se apropia del contenido de lo que piensa o siente; las atribuye al exterior y representan una intrusión en el secreto de su conciencia. Oye palabras, frases o conversaciones que interfieren en su propio pensamiento y que explica con frecuencia por fenómenos de «transmisión de pensamiento» o «telepatía».

▲ Atención

Alucinaciones visuales

Hay que sospechar sobre todo una etiología orgánica (tóxicos, epilepsia, tumor cerebral, abstinencia alcohólica). No son habituales en los trastornos psiquiátricos.

Síndrome de automatismo mental

Descrito por Clérambault, se asemeja a las alucinaciones intrapsíquicas. Una parte del pensamiento del paciente se vuelve de alguna manera autónoma y mecánica. Tiene el sentimiento de perder el control de su pensamiento, que se pone a funcionar sin su voluntad.

Formas clínicas particulares

Alucinosis

Se distinguen de las alucinaciones porque el paciente las reconoce como anómalas en el momento mismo en que aparecen.

Fenómenos vinculados al sueño

Aparecen en el momento del paso de la vigilia al sueño (alucinaciones hipnagógicas) o del sueño a la vigilia (alucinaciones hipnopómpicas). Surgen súbitamente, son diferentes de los sueños y pueden ser auditivas (llamadas, timbres), visuales (luces, dibujos) o cinestésicas (sensaciones de caída).

Caso de las personas en duelo

Se pueden observar ilusiones de presencia; no son patológicas y son contemporáneas del trabajo de duelo (sobre todo, muerte del cónyuge).

Alucinaciones relacionadas con una desaferentación

Se pueden mencionar el miembro fantasma de los amputados, las alucinaciones visuales de las oftalmopatías o las auditivas en las sorderas periféricas.

Síndrome de Charles Bonnet

Afecta a menudo a pacientes ancianos, con una alteración visual bilateral, que presentan metamorfopsias (inserción de animales y personajes en el ambiente real), que se producen sobre todo al final del día. A veces son molestas y por lo general el paciente es consciente del carácter alucinatorio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465690>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465690>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)