



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

Daniel Torres Campos, Edgar García Spínola, Jesús Arroyo Bravo.

[danieltcps@gmail.com](mailto:danieltcps@gmail.com)

Delirios, falsas creencias, terapia cognitiva, convicción.

### **RESUMEN**

La DSM-IV define los delirios como Falsas creencias basadas en una inferencia incorrecta que es firmemente sostenida a pesar de lo que casi todo el mundo cree. Siendo los delirios persecutorios los más comunes que presentan como tema central la idea de que está conspirando en su contra. La prevalencia del trastorno de ideas delirantes se sitúa en torno al 0,2 % con similar prevalencia entre sexos. En la actualidad el modelo explicativo referente a la etiopatogenia de los trastornos delirantes es variada. Desde el punto de vista psicológico han existido varios autores como Maher y Garety donde consideran las ideas delirantes como una búsqueda de explicación a experiencias anómalas. La terapia cognitiva es un abordaje colaborador con el paciente para disminuir la convicción de las ideas delirantes. Se presenta el caso de una paciente de 23 años ingresada en nuestra unidad de hospitalización

### **INTRODUCCIÓN**

La DMS-IV define los delirios como: Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto." (A.P.A, 1995, pág. 783) Los delirios persecutorios son los más comunes encontrados en la clínica. El tema central de este tipo de delirios es la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, lo engañan, difaman, lo siguen, lo espian, lo envenenan, lo acosan o impiden de que consiga objetivos a largo plazo. Muchos individuos pueden desarrollar un afecto disfórico o irritable como consecuencia del malestar producido por la ideación delirante. Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que el trastorno de ideas delirantes presenta una prevalencia del 0,2% siendo el subtipo más frecuente el persecutorio y sin diferencia de sexo respecto a su presentación a excepción del subtipo celotípico que parece que es más prevalente en mujeres.

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

En la actualidad los modelos explicativos referente a la etiopatogenia de los trastornos delirantes es variada. Existen explicaciones biológicas que lo relacionan con incremento de dopamina a nivel cerebral (Hipótesis de la dopamina). Davis (1991) propone la hipótesis dopaminérgica revisada que relaciona la esquizofrenia a una disregulación la transmisión dopaminérgica que origina una hiperfunción en la transmisión dopamérgica subcortical en las proyecciones mesolímbicas y una hipofunción en las proyecciones mesocorticales.

Desde la psicología se han realizado explicaciones a los delirios. Por ejemplo, Maher (2003) señala que una persona con delirios presenta una alteración perceptiva primaria, de origen biológico que ocasionan experiencias anómalas. Este autor mantiene que esa experiencia produce un sentido de perplejidad lo que lleva a su vez a una búsqueda de explicación, la cual es anormal ya que la experiencia primaria es anormal. Garety (1991) defiende la existencia de anomalías o sesgos en el razonamiento en los pacientes delirantes. Presupone que los pacientes delirantes buscan menos información para llegar a conclusiones. Otros autores como Bentall o Kihlstrom utilizan teorías atribucionales en el análisis de las creencias delirantes.

La concepción de los delirios en terapia cognitiva difiere sustancialmente de la conceptualización psiquiátrica tradicional. En el enfoque cognitivo, las ideas delirantes:

- 1) No necesariamente son falsas. Por ejemplo: un individuo que cree correctamente que su pareja le es infiel, tendría una idea delirante de celos si no tuviera razones justificadas para realizar tal acusación (Brockington, 1991; citado por Jackson y Chadwick, 1997).
- 2) Más que basarse en inferencias incorrectas, representan un intento de explicar una experiencia anormal.
- 3) No necesariamente se mantienen con una convicción inquebrantable, sino que pueden variar en su grado de convicción.
- 4) Se ubican en un continuum dimensional con las creencias normales.

Chadwick, Birchwood y Trower (1996) adaptaron la terapia cognitiva de Beck y de Ellis con el objeto de trabajar sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas. En el enfoque por ellos propuesto, terapeuta y paciente se manejan en una atmósfera de empirismo colaborativo (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1983), evitando la confrontación directa y el uso de "etiquetas" como esquizofrenia, delirio, psicosis, etc.

En el caso que nos ocupa nos centraremos en la descripción de la intervención farmacológica y psicoterapéutica que se ha llevado a cabo con una paciente de 23 años de edad tras un primer episodio delirante ingresado en una unidad de agudos de manera involuntaria.

### **BREVE HISTORIA CLÍNICA**

#### **Motivo de consulta**

Paciente de 23 años de edad. Sin contactos previo en nuestro servicio. Acude a centro comunitario de salud mental derivada de servicio de urgencias hospitalarias donde acude aconsejada de su abogado tras haber estado detenida por denuncia por agresión. La paciente

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

acude a consulta y relata lo sucedido de la siguiente manera: Mi hermana gemela tiene envidia desde hace años y manipula a mi familia para que no me crean.

Refiere que todo comienza hace unos tres años "Todo comenzó cuando yo me hice amiga de los amigos de mi hermana y dijeron que yo era más simpática que ella". Al principio yo notaba que algo estaba pasando. Las actitudes de mis familiares no eran las mismas. Hasta que llegué a la conclusión que mi hermana estaba moviendo los hilos de todo". "Me roba cosas de mi casa, he tenido que poner un candado a la puerta. Incluso recuerdo que en una ocasión intentó matarme. La oígo cuchichear por teléfono con mi madre".

Los familiares refieren que la hermana se ha tenido que marchar fuera de casa desde hace unos meses. Describen la relación previa entre hermanas como una buena relación "No se seraban. Todo empezó cuando su hermana empezó a salir con un chico". Verbaliza que la paciente en todos los aspectos siempre ha estado a la "sombra" de la hermana. Describen que la paciente desde hace unos meses se aísla en su habitación, ha invertido el ciclo sueño vigilia con conductas extravagantes como recoger 8 gatos y llevárselos a su habitación o no comer comida de casa por un posible envenenamiento.

### **Antecedentes Personales**

Antecedentes Somáticos: En el caso que nos ocupa la paciente no presentaba alergias medicamentosas ni intervenciones quirúrgicas de interés. Consumo de THC y grandes cantidades de café

- Antecedentes en salud mental: No consultas previas con salud mental
- Datos Psicobiográficos: Sus padres viven. La menor de 3 hermanos. Gemela con una hermana. El mayor es un varón. Convive en el domicilio con sus padres. Sus hermanos independizados. Estudia bachillerato aunque en la actualidad ha abandonado. Ha trabajado en alguna ocasión. Actualmente sin pareja aunque realiza interpretaciones delirantes con un amigo que la familia desmiente. Ha sufrido en varias ocasiones maltrato por sus parejas previas.
- Historia psicosocial: Sus relaciones sociales fueron limitadas desde la infancia. Muy dependiente de su hermana gemela. Con dificultades en la individualización y separación de esta. Relación conflictiva entre los padres que se oculta al exterior aunque los hermanos confirman dicha relación disfuncional. Episodios de maltrato en casa. A nivel familiar se detecta una alta emoción expresada.

### **Antecedentes Familiares**

- Antecedentes en Salud mental: Abuela materna principio de Alzheimer
- Antecedentes somáticos: Abuela principio de Alzheimer. Abuelos fallecidos por proceso cancerígeno.
- Características del grupo familiar: Padres viven. De 47 y 45 años respectivamente. Relación conflictiva entre los padres. Alta emoción expresada a nivel familiar.

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

### **Exploración Física**

Se solicita batería analítica completa que no reflejan alteraciones clínicas de interés.

Su médico de atención primaria realizó Resonancia Magnética Nuclear sin alteraciones clínicas presentes.

### **EXPLORACIÓN PSÍQUICA**

Al ingreso la paciente se muestra consciente y orientada en las tres esferas. Aspecto descuidado. Actitud hostil y desafiante. Contacto distónico. Desconfiada. Hiperprosexica, sin alteraciones groseras en memoria. Hipervigilante. Inquietud psicomotriz evidente. Ánimo disfórico, irritable, lábil en ocasiones. No ideas pasivas de muerte o ideación autolítica estructurada. Flujo del pensamiento taquipsíquico, Discurso tangencial sin llegar a fuga de ideas. Lenguaje coherente en su base. Ideación delirante de perjuicio con alta estructuración, sistematización y que ejerce elevada presión. Recuerdos e interpretaciones delirantes evidentes. Niega fenómenos sensorceptivos aunque no se descartan puntualmente. Riesgo de conductas clásticas. Ciclo de sueño vigilia alterado. Capacidades volitivas alteradas en la actualidad. Juicio de realidad alterado en la actualidad.

### **INFORME DE LABORATORIOS, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS**

- PANSS-P: 28/49
- PANSS-PG: 45/112

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Por ejemplo, un paciente con un TOC que está convencido de sus creencias patológicas son ciertas debe diagnosticarse de TOC con ausencia de introspección con creencias delirantes y no de un trastorno de ideas delirantes. Se debe de hacer un diagnóstico diferencial con la esquizofrenia. El trastorno de ideas delirantes no presenta el resto de síntomas característicos de la esquizofrenia. Los trastornos afectivos como el trastorno bipolar o la depresión grave con síntomas psicóticos pueden presentar ideas delirantes. Pueden diferenciarse con la relación temporal entre las alteraciones del ánimo y los delirios.

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Trastorno de ideas delirantes.

### **TRATAMIENTOS. TERAPIAS APLICADAS**

Durante su hospitalización la paciente recibió dos modalidades de tratamiento: psicoterapia individual de corte cognitivo- conductual y tratamiento psiquiátrico.

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

### **Intervención farmacológica**

- 1 ampolla de Haloperidol por agitación al ingreso.
- Risperidona solución: 0-0-6 ml
- Lorazepam 2 mg: 1/2-1/2-1

Debido a que la paciente se quejaba de pesadillas y ya que, algunos pacientes ante la toma de antipsicóticos refieren dicho secundarismo. Tras coordinarnos con Psiquiatra se pautó:

- Aripiprazol 30 mg: 1-0-0
- Retirada Risperidona sol.
- Retirada progresiva de Lorazepam 2 mg hasta llegar a : 0-0-1.

Tratamiento al alta:

- Aripiprazol 30 mg:1-0-0
- Lorazepam 2 mg:0-0-1

### **Psicoterapia cognitivo-conductual**

En una fase inicial de internamiento en la unidad se puso énfasis en el establecimiento de la alianza terapéutica y en la conformación de la historia clínica. Se le alentó en la participación de las distintas actividades llevadas a cabo en la unidad (talleres de psicoestimulación, de convivencia, etc). Progresivamente se fue pasando a una escucha empática progresando hacia una mayor estructuración de la terapia procediendo a la evaluación de las ideas delirantes.

Las ideas delirantes fueron las siguientes:

- La hermana gemela está dispuesta a aislarla de su familia.
- Dirige las intervenciones de sus familiares respecto a ella.
- La hermana le ha robado sus pertenencias.
- Ha intentado matarla en varias ocasiones.
- Ha hablado con los profesionales para provocar su ingreso y ella se encuentra ante un complot.

En el enfoque propuesto por Chadwick, Birchwood y Trower (1996) los delirios se enmarcan dentro del modelo ABC, tomado de la terapia racional emotivo- conductual de A. Ellis, con el fin de analizarlos y luego modificarlos. De acuerdo a este modelo, A representa los acontecimientos específicos en los que el paciente se sintió perturbada emocionalmente (acontecimientos activantes o antecedentes); B representa las creencias que desarrolla sobre A; en tanto que C representa las consecuencias emocionales y/o conductuales (resultantes de la interpretación que se hace de A). Por medio del proceso de análisis, se diferencian los acontecimientos antecedentes (lo que realmente ocurrió y es un hecho) de las interpretaciones delirantes (inferencias a partir de A). De esta forma, se prepara el camino para el cambio cognitivo.

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se procedió a la modificación de las ideas delirantes. A tal fin, se trabajó con el paciente sobre el supuesto básico de la teoría cognitiva. Este propone que las emociones y las conductas no resultan de los hechos en si mismos, sino de la interpretación que se realiza de ellos. A partir de sucesos triviales tomados como ejemplo,

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

ensayamos interpretaciones posibles. Se enfatizó que un mismo hecho puede admitir varias significaciones distintas.

A través de la terapia se procuró que la paciente:

- 1) reconociera al delirio como una creencia y no como un hecho objetivo.
- 2) advirtiera que el delirio representaba una reacción y un intento de dar sentido a su experiencia.
- 3) entendiera que muchos de los trastornos que sufría estaban ligados al delirio y no eran consecuencias de su experiencia.

Para debilitar el delirio se utilizó el cuestionamiento verbal comenzado por las ideas que mantenía con menor convicción avanzando hacia las creencias más nucleares. Se cuestionó la evidencia de las creencias y no el delirio. Se sugiere comenzar por la parte menos significativa para ir avanzando hacia el núcleo de la creencia. Se definió el delirio como una reacción; como una respuesta comprensible que trata de dar sentido a una serie de experiencias altamente desconcertantes.

La evaluación y modificación de los delirios se desarrolló durante cuatro semanas, en un promedio de entre tres y cuatro sesiones semanales. Al cabo de este tiempo, la convicción respecto a las numerosas ideas disminuyó.

### **EVOLUCIÓN**

La evolución de la paciente consideramos que ha sido satisfactoria. Es cierto que se hace necesario un trabajo más a largo plazo y resulta complejo un trabajo cognitivo en un ingreso en una unidad de agudos en contra de su voluntad. Aún así, la paciente se permitió otras alternativas posibles a sus ideas. Por ejemplo, la idea que presentaba con un 50% de convicción al ingreso al alta la paciente refería un descenso a un 25%. La idea que mantenía un 100%, disminuyó a un 80%. Una vez conseguida la estabilización clínica de la paciente se procedió al alta y se recomendó continuar con un abordaje cognitivo conductual sobre las ideas delirantes pues consideramos que la respuesta inicial de paciente a este tipo de tratamiento fue favorable

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA**

El enfoque cognitivo de los trastornos psicóticos concibe a los mismos desde un modelo bio-psico-social. En consecuencia, supone un abordaje integral del paciente donde el tratamiento farmacológico es de primera elección.

La terapia cognitiva concibe a los delirios desde un visión dimensional donde las creencias delirantes podrían considerarse dentro de límite superior de tal dimensión. Éstas ideas son consideradas como un razonamiento sesgado de la información y por tanto, las intervenciones dirigidas a modificar los procesos de razonamiento podrían ser efectivas para debilitar las ideas delirantes. Numerosos estudios empíricos avalan el empleo de la terapia cognitiva para los pacientes psicóticos en general y para el trastorno de ideas delirantes en particular. Aún así, en

## **ABORDAJE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES EN UNIDAD DE AGUDOS**

nuestro contexto profesional existe un escaso número de profesionales familiarizados con este abordaje.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson;2002.
2. Birchwood, M. Esquizofrenia. En Caballo, V. E., Buela- Casal, G., Carrobles, J. A. (dirs.): Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. I. Madrid: Siglo XXI;1995.
3. Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Chichester: Wiley;1996
4. Jackson, C., Chadwick, P. Terapia cognitiva para las alucinaciones y las ideas delirantes. En Caballo, V. E. (dir.): Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos, vol. I, pp. 663-683. Madrid: Siglo XXI; 1997.