



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

CASO CLÍNICO: EPISODIO MANIACO. DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA

M^a Dolores Beltrán Gómez, M^a del Rocío Tovar Ternero, Lidia Navarro Serrano.

loli-beltrangomez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar es una alteración en el estado del ánimo que cursa por episodios, que cursan de dos formas diferentes, episodios depresivos (estado del ánimo bajo), y episodios maníacos (estado del ánimo eufórico).

El Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica y es calificado como una enfermedad incapacitante dada su severidad. Los pacientes afectados con dicha enfermedad sufren un gran desajuste social, afectando a varias áreas como son las del trabajo, sentimiento de autoestima o descanso.

Debido al desorden que causa la bipolaridad, estas personas se ven afectadas de una alta tasa de desempleo, altas tasas de fracaso escolar, dificultad a la hora de tener una pareja y formar una familia,...entre otras muchas cosas. Además, los estresores psicosociales pueden favorecer recaídas múltiples.

Para las personas afectas, es muy importante el apoyo familiar; sobre todo si es una persona significativa para él/ella. Estas intervenciones psicosociales hacen que aumente los apoyos afectivos al tratamiento.

Como bien se ha dicho antes, el estado maníaco se caracteriza por una exaltación del estado del ánimo, aumentándose los sentimientos de bienestar y el rendimiento físico y mental. A menudo, el paciente se puede volver más sociable y hablador, mostrando una confianza excesiva y con frecuencia disminuye paulatinamente sus horas de sueño.

En los episodios maníacos graves, hay una imposibilidad de mantener la atención y a menudo una gran tendencia a distraerse. La autoestima crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza y aumento de la confianza en sí mismo. La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede dar lugar a un comportamiento imprudente, temerario o inapropiado a las circunstancias y "fuera de razón". En los casos muy graves, están presentes las delusiones (generalmente de grandeza) o las alucinaciones (generalmente de voces que hablan directamente al paciente); la excitación, la actividad motora excesiva y el "vuelo de las

CASO CLÍNICO: EPISODIO MANIACO. DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA

ideas" son tan exagerados que el tema es incomprensible o inaccesible a la comunicación ordinaria. La aparición de los síntomas maníacos puede ser gradual y pasan semanas o meses antes de que el trastorno esté completamente desarrollado.

Algunas recomendaciones ante la sospecha de una descompensación psicopatológica de un episodio maniaco, son:

- Se debe aumentar el número de horas de sueño (aunque sea con ayuda de algún tipo de fármaco que haya sido pautado previamente), hasta un mínimo de nueve horas.
- Solo se realizará las actividades imprescindibles, reduciendo lo máximo posible su actividad.
- Dedicar algún momento del día a meditar, a no hacer nada.
- Suprimir el café y todas aquellas bebidas estimulantes; así como el consumo de alcohol.
- Reducir las visitas a lugares que tengan muchos estímulos como por ejemplo los centros comerciales y no hacer ejercicio físico.

BREVE HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES PERSONALES

Avisan para valoración de paciente de 32 años que es traído a urgencias por su padre por trastornos de conducta. Se trata de un paciente dado de alta hace unos días de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) con juicio clínico de episodio maniaco (Trastorno Bipolar). Entrevista conjunta.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes de interés.

MOTIVO DE CONSULTA

Viene acompañado por el padre, el cual refiere que desde que ha sido dado de alta hace unos días, presenta insomnio global, hiperactividad y conductas tales como tirar ropa y otros objetos por la ventana.

ENFERMEDAD ACTUAL (EXPLORACIÓN FÍSICA Y PSÍQUICA)

Alergia a Risperdal y Penicilina .Asmático. Soltero, vive con su padre. Madre fallecida en accidente. Ha trabajado de chófer. Buen apoyo familiar. Trastorno bipolar en seguimiento en Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), ingresado hasta hace 1 semana. EA: Su familiar refiere desorientación, tira cosas, ayer salió a la calle sin camisa dejándose la puerta abierta.

CASO CLÍNICO: EPISODIO MANIACO. DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Tranquilo, no violento. Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador. Leve inquietud psico-motriz, se muestra inadecuado con su padre. Labilidad emocional. Discurso lineal y coherente, sin que se aprecien alteraciones en la forma del pensamiento. Refiere ideación paranoide de persecución (por la policía). Conductas desorganizadas en su domicilio. No ASP. No ideación autolítica. Insomnio global. Juicio de realidad parcialmente conservado. Conciencia parcial de enfermedad. Escasa capacidad de contención por parte de la familia.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se solicita niveles de Valproato y hemograma y bioquímica básicas.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Descompensación maniforme en pacientes con trastorno bipolar vs Episodio maniaco, descompensación psicopatológica.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Episodio maniaco, descompensación psicopatológica

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Se acuerda cambio de tratamiento, se sustituye Oxcarbazepina por Valpróico, ya que se considera que es un estabilizador más adecuado y sustituimos Olanzapina por Paliperidona como neuroléptico.

EVOLUCIÓN

Procedemos a ingreso en UHSM dada la sintomatología que presenta y el desbordamiento familiar (padre). Durante los primeros días el ingreso resultó algo complicado dada la exaltación de la afectividad, disforia e irritabilidad del paciente, ya que aunque admite que tiene el diagnóstico de T. Bipolar y que debe de tomar tratamiento no entiende el motivo de este ingreso. A pesar de la reivindicación del paciente de lo injusto e inadecuado del ingreso acepta el cambio farmacológico una vez que se le explica en consulta. De forma progresiva vamos ajustando los fármacos y se aprecia una mejoría en la irritabilidad y las alteraciones en la afectividad del paciente. Participa en actividades, se relaciona de forma adecuada con el personal y el resto de pacientes, aunque se mantiene de forma irreductible su opinión respecto a lo injusto del ingreso ya que "estaba compensado".

CASO CLÍNICO: EPISODIO MANIACO. DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

El Trastorno Bipolar, que como bien se ha dicho anteriormente es un trastorno mental severo, se define porque es de curso complejo y conlleva unas altas exigencias por parte del cuidador, ya que este ha de afrontar situaciones muy estresantes como son: la dependencia progresiva, restricción de libertad, la conducta extrema del paciente, pérdida de estilo de vida anterior,...entre otras.

Las tareas de cuidador las suele desempeñar los miembros de la familia, siendo uno de ellos quien acupe el puesto de cuidador principal. Según algunos estudios, se dice que el 65% de estos cuidadores principales, sufrirán cambios sustanciales en sus vidas cotidianas y una importante disminución de su salud física o psíquica, llegando a desarrollar en la mayoría de los casos el Síndrome del cuidador quemado. Es por ello que cuando hay un paciente con este tipo de patología, es tan importante su asistencia como la asistencia a su entorno.

La sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. Se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicósomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en alto niveles de estrés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holmgren G., Dagmar, Lermenda S., Víctor, Cortés V., Clara, Cárdenas M., Isabel, Aguirre A., Karen, & Valenzuela A., Karem. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 43(4), 275-286. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000400002>
2. Crespo, A. (2003). Enfermedad mental crónica. Madrid: Díaz de Santos.
3. Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Livianos, L. (2008). Trastorno Bipolar y Psicoeducación: desarrollo de un programa para clínicos. Ed. Club universitario, 41.
4. Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C. O., Acrich, L. y Bail Pupko, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. Revista Latinoamericana de Psicología, 35, 55-65.