

MANEJO DEL DUELO PATOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE GANSER: A PROPÓSITO DE UN CASO

MÓNICA MURILLO GÁLVEZ¹, ANNA SANZ MARTÍNEZ¹,
DELIA IBÁÑEZ SALVADOR²
Y FULGENCIO NAVALÓN FERNÁNDEZ¹

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil.

Instituto Clínico de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona.

²Servicio de Psiquiatría y Psicología Adultos.

Instituto Clínico de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona.



RESUMEN DEL CASO

El síndrome de Ganser es un trastorno mental poco frecuente, caracterizado por respuestas aproximadas a preguntas simples, alteraciones de la consciencia, síntomas neurológicos funcionales y fenómenos disociativos. La prevalencia es mayor en varones jóvenes expuestos a situaciones de estrés extremo. El abordaje terapéutico es, principalmente, de soporte, complementado con tratamiento farmacológico. Por ello, requiere una evaluación diagnóstica integral y multidisciplinaria.

Este artículo describe el caso clínico de un hombre de 58 años que ingresa en la unidad de salud mental de adultos por sospecha de síndrome de Ganser. Además del diagnóstico diferencial y el tratamiento farmacológico, se aplican estrategias psicoeducativas y terapia individual y grupal.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados individualizado de una persona con síndrome de Ganser basado en la valoración realizada mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se realiza una valoración de enfermería y se elabora un plan de cuidados individualizado mediante la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la clasificación de los resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification) y la clasificación de intervenciones enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification). Los diagnósticos NANDA identificados incluyen: «Duelo desadaptativo [00301]», «Deterioro de la interacción social [00052]» y «Procesos de pensamiento alterados [00493]». Las intervenciones enfermeras favorecieron una mejoría en la orientación, reducción de la sintomatología disociativa y mayor participación social. Los indica-

dores NOC evidenciaron avances en afrontamiento, interacción social y auto-control del pensamiento. Este caso resalta la relevancia del rol de enfermería en la detección precoz y el abordaje integral del duelo patológico asociado al síndrome de Ganser.

Palabras clave: atención de enfermería, atención dirigida al paciente, síndrome de Ganser, trastorno de duelo prolongado.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ganser, también conocido como *síndrome del sinsentido*, fue descrito por primera vez por Sigbert J. Ganser en 1898¹. Se caracteriza, principalmente, por un deterioro de la comunicación, con respuestas aproximadas a preguntas simples (el síntoma más distintivo), embotamiento de la conciencia, cambios neurológicos histéricos y alteraciones sensorio-perceptivas¹. El inicio y la remisión suelen ser muy abruptos, con episodios de amnesia y perplejidad posterior¹. Cabe destacar que, a pesar de que estas características se consideran los sellos distintivos de este síndrome, los pacientes con frecuencia no presentan los cuatro síntomas de forma simultánea².

El síndrome de Ganser es un trastorno raro. La etiología, la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento todavía son poco conocidos, ya que los criterios para establecer el diagnóstico son vagos³. El hecho de que la etiología de este síndrome aún no se comprenda bien ha dado lugar a diferentes controversias sobre si está asociado a un trastorno puramente mental (estado disociativo histérico) o a una causa orgánica². Además, comparte similitudes con trastornos disociativos, trastorno de conversión, psicosis, trastorno

depresivo, simulación y trastorno facticio, así como con la presencia de patología orgánica^{1,3}. Si bien hay pocos casos documentados, parece afectar, principalmente, a minorías masculinas de 30 años, aproximadamente, que han sido encarcelados o han sufrido otra fuente de estrés significativo^{1,3}. Por otro lado, se ha asociado a afecciones cerebrales orgánicas como lesión cerebral traumática, accidentes cerebrovasculares y otras formas de lesiones cerebrales, principalmente, aquellas que involucran los lóbulos frontales². La dificultad para realizar el diagnóstico proviene de la superposición común con trastornos orgánicos y mentales². Por lo tanto, resulta de gran importancia para el diagnóstico diferencial la realización de una valoración psiquiátrica, psicológica y neurológica exhaustiva¹.

Las opciones de tratamiento son, en gran medida, de apoyo, ya que el síndrome de Ganser, con frecuencia, se resuelve por sí solo sin intervención³. Sin embargo, también se ha probado la farmacoterapia, como los antipsicóticos o los antidepresivos, con resultados variables³.

El objetivo del presente artículo es describir un caso clínico de un hombre que desarrolla un síndrome de Ganser tras el fallecimiento de su padre, así como elaborar un plan de cuidados individualizado basado en la valoración realizada mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Correspondencia: Delia Ibáñez Salvador
Correo electrónico: dibanez@clinic.cat

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un varón de 58 años que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría de un hospital terciario para el estudio y manejo de un posible síndrome de Ganser o pseudodemencia depresiva. El ingreso se realiza de forma programada tras ser derivado por el psiquiatra del centro de salud mental de adultos (CSMA), debido a un deterioro clínico y funcional progresivo en los últimos dos años, coincidiendo con el fallecimiento de su padre.

A su llegada, el paciente se muestra desorientado en las tres esferas temporoespaciales, permaneciendo en la fecha del fallecimiento del progenitor. Presenta disprosexia, hipotimia y un estado de ánimo hiporreactivo, ideación tanática poco estructurada y enlentecimiento psicomotor. Su pensamiento es rumiativo, centrado en su padre, llegando a afirmar que lo llama y que lo ve por la calle. Ante la confrontación, niega el fallecimiento de su padre, evidenciando *insight* nulo.

Antecedentes personales

Es natural de Sudamérica, donde trabajó durante 15 años con su padre, pero, por dificultades económicas, emigró a España. Tiene dos hijos que residen en su país de origen, con distocia familiar. Su pareja vive en España, aunque verbaliza una mala relación.

Presenta antecedentes de consumo problemático de alcohol, en seguimiento en el centro de atención y seguimiento de las drogodependencias entre 2013 y 2015, y en 2018. Se encuentra en período de abstinencia desde hace dos años. Como diagnósticos asociados al trastorno por consumo de sustancias, se registran trastorno de ansiedad generalizada y trastorno ansioso-depresivo.

Como antecedentes medicoquirúrgicos, destacan: carcinoma basocelular en el canto interno del ojo

izquierdo, intervenido con cirugía y en seguimiento por dermatología; cólico nefrítico y apendicectomía.

Antecedentes familiares

No refiere.

Evolución de la enfermedad

Tras el fallecimiento de su padre, comienza a realizar visitas puntuales con un psiquiatra a nivel privado debido al cuadro clínico actual, orientado como pseudodemencia con irritabilidad y alteraciones conductuales. Desde entonces, presenta decaimiento anímico, ansiedad e insomnio.

Hace un año, inicia seguimiento en neurología por «problemas cognitivos», manifestando pérdida de memoria, cambios de humor, irritabilidad y episodios de desconexión. Además, experimenta hiporexia, dificultad para autogestionar su dinero y miedo nocturno con implicación afectivo-conductual, circunstancias que le llevaron a ser desalojado de la vivienda.

Para el estudio de su cuadro clínico, se realizaron una tomografía axial computarizada, pruebas de detección del virus de la inmunodeficiencia humana y una punción lumbar, todas sin hallazgos patológicos.

En los últimos ocho meses, ha recibido tratamiento con venlafaxina (hasta 300 mg, reducida a 150 mg por irritabilidad). También se administra ácido valproico, suspendido en julio de 2024. Se inicia aripiprazol en dosis de 15 mg (retirado por ineffectividad) y trazodona en dosis de 200 mg, posteriormente sustituida por quetiapina en dosis de 100 mg tras no obtener respuesta terapéutica.

A finales de enero de 2025, realiza su primera visita al CSMA.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

A su ingreso, se lleva a cabo la valoración enfermera mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon (tabla 1)⁴.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Los diagnósticos de enfermería se elaboran mediante la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), junto con la clasificación de resultados NOC (Nursing Outcomes

Classification), estableciendo, a su vez, las intervenciones de enfermería mediante la Nursing Interventions Classification (NIC).

A continuación, se define el plan de cuidados individualizado a partir de los diagnósticos de enfermería identificados tras la valoración realizada por los patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando la plataforma *online* NNNConsult (tabla 2)⁵. Los resultados se miden mediante diversos indicadores acompañados de tres mediciones: puntuación al ingreso (PI), puntuación deseada (PD) y puntuación alcanzada (PA), cuantificadas mediante una escala de tipo Likert.

Tabla 1. Valoración enfermera mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon

Percepción/manejo de la salud	Deterioro clínico y funcional progresivo tras el fallecimiento de su padre, no siendo capaz de seguir el tratamiento y mantener su salud. Pérdida de autonomía. Aspecto parcialmente adecuado. Dificultad para la autogestión económica. Antecedentes de hábitos tóxicos: consumo de alcohol desde los 18 años. Abstinentes desde hace dos años. Sin alergias medicamentosas conocidas.
Nutricional/metabólico	Hiporexia. Alimentación e hidratación poco adecuadas. Realiza ingesta de 7-8 plátanos al día, bocadillos, latas de atún. No cocina. No presenta intolerancias alimentarias. Índice de masa corporal: 28,6 kg/m ² . Talla: 1,62 m. Peso: 75 kg.
Eliminación	Ritmo deposicional conservado. No presenta alteraciones en la eliminación. Continente.
Actividad/ejercicio	Enlentecimiento psicomotor. Abulia y anhedonia. Parcialmente autónomo para las actividades básicas de la vida diaria, aunque los amigos le recuerdan aspectos relacionados con el cuidado personal. No tiene limitaciones para realizar actividad, aunque no realiza ejercicio de manera estructurada. Camina con amigos entre semana.
Sueño/descanso	Despertar precoz. Duerme desde las 20:00 h a las 03:00 h.
Cognitivo/perceptivo	Desorientado en tiempo, espacio y persona. Disprosexia. Discurso parco y circunstancial en relación con el progenitor fallecido. No presenta bradipsiquia. Alteraciones sensorio-perceptivas auditivas y visuales. Juicio crítico de la realidad alterado. <i>Insight</i> nulo.

Continúa

Tabla 1. Valoración enfermera mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon (continuación)

Autopercepción/autoconcepto	Autoevaluación general negativa. Hipotimia. Hipomimia. Aplanamiento afectivo. Desconexión.
Rol/relaciones	Vive en un piso compartido. La mayor parte del tiempo, se encuentra en su habitación. Tiene dos hijos y hermanos que residen en su país de origen, con los que presenta distocia familiar. Vínculo de amistad con una persona. En situación de baja laboral.
Sexualidad/reproducción	Relación sentimental inestable, con mala relación desde hace dos años.
Adaptación/tolerancia al estrés	Ante la confrontación por la muerte del padre, se muestra heteroagresivo o perplejo. Muestra tendencia a la labilidad emocional. Presenta un grado de incapacitación elevado. Tiene baja capacidad de control. Muestra conductas de evitación de estresores como ir en metro. Presenta ideación tanática sin planificación suicida.
Valores/creencias	Verbaliza planes de futuro relacionados con trabajar con su padre.

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado

NANDA	[00301] Duelo desadaptativo r/c fallecimiento del padre m/p negación del fallecimiento del padre y presencia de pseudoalucinaciones auditivas y visuales de la figura paterna.	
NOC	[1302] Afrontamiento . Indicador: • [130205] Manifiesta la aceptación de la situación.	PI: 1; PD: 5; PA: 5
NIC	[5305] Entrenamiento en salud . Actividades: • Ayudar al individuo a tener en cuenta sus fortalezas personales, recursos y obstáculos para el cambio. • Involucrar al individuo en la formulación de metas que sean específicas, medibles, realistas y de duración determinada.	
	[4700] Reestructuración cognitiva . Actividades: • Identificar qué pensamientos están asociados al problema. • Ayudar a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad. • Realizar afirmaciones y hacer preguntas que pongan en duda la percepción y la conducta, según corresponda.	
NANDA	[00052] Deterioro de la interacción social r/c alteraciones del estado anímico asociadas al síndrome de Ganser m/p escasa capacidad para mantener relaciones significativas, aislamiento social y falta de <i>insight</i> .	
NOC	[1203] Severidad de la soledad . Indicador: • [120307] Sensación de aislamiento social.	PI: 1; PD: 5; PA: 4
NIC	[5430] Grupo de apoyo . Actividades: • Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia. • Enfatizar la importancia del afrontamiento activo.	

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado (continuación)

NANDA	[00493] Procesos de pensamiento alterados r/c respuesta disociativa secundaria a duelo patológico m/p pseudoalucinaciones visuales y auditivas y desorientación en las tres esferas.	
NOC	[1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado. Indicadores: • [140303] No responde a las alucinaciones o ideas delirantes. • [140312] Muestra un pensamiento basado en la realidad.	PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 5; PA: 5
NIC	[5250] Apoyo en la toma de decisiones. Actividades: • Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso. • Facilitar la toma de decisiones en colaboración.	
	[5820] Disminución de la ansiedad. Actividades: • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. • Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.	

Escala de Likert: puntuación de 5 = la mejor posible; 1 = la peor posible.

m/p: manifestado por; NANDA: diagnósticos enfermeros (North American Nursing Diagnosis Association); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); NIC: intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification); PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación deseada; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Los objetivos e intervenciones planteados se han llevado a cabo durante las cuatro semanas de duración del ingreso hospitalario.

Al inicio del ingreso, el paciente presenta desorientación en tiempo, espacio y persona, ubicándose constantemente en el mes de octubre, fecha del fallecimiento de su padre. Se observa enlentecimiento psicomotor, disprosexia e hipomimia facial. Su discurso es parco y circunstancial, centrado en la figura del familiar fallecido, mostrando una fuerte implicación afectiva y verbalizando alucinaciones auditivas y visuales de él. En cuanto al estado afectivo, destaca una tendencia a la hipotimia, aplanamiento afectivo y falta de resonancia emocional. Además, manifestaba ideación tanática no estructurada, alteración del juicio de la realidad e *insight* nulo.

Se realiza un abordaje multidisciplinario, que incluye ajuste psicofarmacológico, intervenciones psicoedu-

cativas y terapia motivacional. Se retira la venlafaxina y se introducen clomipramina, brexpiprazol y clonazepam, con el objetivo de abordar los síntomas disociativos y afectivos. A nivel orgánico, se descartó patología neurológica subyacente mediante estudios complementarios y valoración por parte de neurología.

A lo largo del ingreso, se observa una progresiva mejoría psicopatológica, encontrándose orientado en persona y espacio, pero no en tiempo. El paciente desarrolla una crítica parcial de los elementos disociativos y comienza a reconocer la influencia de su estado anímico en su sensopercepción. La disminución de las contradicciones en su discurso sobre el fallecimiento de su padre sugiere un inicio en la elaboración del duelo patológico. Sin embargo, aún persisten sentimientos de culpa y dificultades para procesar la pérdida.

En términos funcionales y sociales, el paciente presenta una mayor reactividad afectiva, mejor espontaneidad en el discurso y reducción del aislamiento

previo. Se integra adecuadamente en las actividades de la unidad, participa en sesiones grupales e individuales de terapia motivacional y expresa interés en restablecer vínculos familiares. Además, verbaliza planes realistas para el futuro.

Pese a la mejoría global, se identifica la persistencia de sintomatología disociativa leve con mínima repercusión afectivoconductual. En este sentido, se considera necesario un seguimiento en un servicio de rehabilitación comunitaria.

Con la finalidad de valorar la evolución, se utiliza la escala de tipo Likert, en la que, comparando la puntuación inicial con la del alta, se puede observar una evolución favorable, debido a que todos los indicadores muestran un incremento respecto a la puntuación inicial.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El caso presentado pone de manifiesto la complejidad diagnóstica y terapéutica del síndrome de Ganser, un trastorno infrecuente que puede confundirse con otros trastornos mentales o enfermedades neurológicas. La evolución clínica del paciente evidencia una respuesta favorable a la combinación de tratamiento farmacológico, psicoterapia e intervenciones enfermeras basadas en un plan de cuidados individualizado.

Uno de los aspectos más relevantes es la relación entre duelo patológico y sintomatología disociativa, lo que subraya la importancia de detectar duelo complicado en personas con síntomas atípicos.

La valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon permite diseñar un plan terapéutico centrado en las necesidades de la persona. La combinación de terapia individual, psicoeducación y reactivación psicosocial favorece la consciencia de enfermedad y la mejora del vínculo familiar, aspectos claves en la recuperación. Futuras líneas de investigación podrían explorar el impacto de intervenciones psicosociales específicas en la recuperación funcional a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigues de Melo R, Moreira de Lima Ramos L, Brito Calandrini de Azevedo SK, Heliodoro Pereira T, Alcino Carneiro I, Fernandes Maçullo Braga J, et al. Síndrome de Ganser: uma abordagem diagnóstica, evolução clínica e revisão. *Braz J Health Rev.* 2023;6(5):21310-7.
2. Espiridion ED, Valent K, Qatanani A, Adesina O, Oladunjoye AO. A rare case of Ganser syndrome: psychogenic or organic? *Cureus.* 2020;12(8):e10144.
3. Stokes YH, Jahangiri M, Ochoa JG. A case of Ganser syndrome presenting as a stroke alert: fact or factitious? *Cureus.* 2024;16(10):e71736.
4. Gordon M. Manual de diagnóstico de enfermería. 11.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
5. Elsevier. NNNConsult. 2022. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>