

El papel de la psiquiatría en el daño cerebral adquirido

Una lesión cerebral puede afectar no solo a lo que una persona puede hacer, sino también a cómo se siente, cómo interpreta el mundo y cómo convive con los demás. La psiquiatría trata síntomas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el insomnio, y al mismo tiempo ayuda a comprender qué está ocurriendo, qué cambios pueden estar relacionados con la lesión y qué estrategias pueden facilitar la adaptación.



Dr. Roberto Esteban Sillero

Psiquiatra

Guttmann Hospital
de Neurorrehabilitación

El daño cerebral adquirido se define como cualquier lesión en el cerebro que aparece después del nacimiento y que provoca cambios, temporales o permanentes, que modifican la respuesta de una persona.

La atención inicial de estas patologías neurológicas sobrevenidas, ya sea por un traumatismo craneoencefálico, un ictus o una encefalopatía, suele centrarse en la supervivencia y la recuperación física. En este sentido, la primera atención ayuda a mejorar movilidad, a tragar, a hablar o a controlar el dolor, como objetivos urgentes y visibles.

Una vez que el cuerpo se estabiliza, nos encontramos ante una realidad compleja: el cerebro, que rige los procesos cognitivos, las emociones,

la personalidad y la conducta, también se ha visto afectado. Muchas familias explican, con preocupación, algo difícil de identificar en una resonancia o en una exploración física: “Ya no es la misma persona”, “se enfada por todo”, “no tiene iniciativa”, “llora sin poder parar”, “parece que no le importa nada”. Estas frases describen una parte esencial del daño cerebral adquirido: las secuelas emocionales, cognitivas y conductuales.

El cerebro no solo nos permite movernos, también regula cómo nos sentimos, cómo tomamos decisiones, cómo nos relacionamos, cómo toleramos la frustración y cómo construimos nuestra identidad. Por eso, una lesión cerebral puede afectar no solo a lo que una persona pue-

de hacer, sino también a cómo se siente, cómo interpreta el mundo y cómo convive con los demás. Aquí es donde la psiquiatría tiene un papel fundamental dentro del equipo de neurorrehabilitación.

No todo es “estar triste”

Después de una lesión cerebral, es esperable que aparezcan la tristeza, el miedo, la rabia o la incertidumbre. La vida cambia de golpe: pueden producirse cambios en el trabajo, la autonomía, los proyectos, el rol familiar y la imagen que la persona tenía de sí misma. En este sentido, hay un proceso de duelo real que necesita tiempo, apoyo y acompañamiento por profesionales de la salud mental.

En el daño cerebral, la frontera entre una reacción emocional adaptativa y proporcionada a la situación y una alteración producida por la propia lesión puede ser muy fina. No todo lo que parece depresión es exactamente una depresión como la entendemos habitualmente. A veces nos encontramos con síntomas depresivos más reactivos, relacionados con la pérdida de autonomía, los cambios físicos o el miedo al futuro. Otras veces, aparece una depresión más “orgánica”, vinculada a la afectación de circuitos cerebrales que regulan el ánimo, la energía y la motivación.

Además, existe otro síntoma muy frecuente: la apatía. Entendemos por apatía una disminución de la iniciativa y de la motivación; no es pereza, ni falta de voluntad, ni desinterés voluntario. La persona, por ejemplo, no empieza actividades, no propone planes, se muestra indiferente o necesita que otros la activen constantemente. Para la familia puede ser desesperante, porque desde fuera parece que “no quiere”; pero muchas veces, en realidad, significa que no puede arrancar.

Distinguir entre tristeza, depresión y apatía es muy importante: en consulta no se abordan de la misma manera. Una persona con depresión puede necesitar elaborar lo ocurrido y someterse a un tratamiento psicológico y, a veces, farmacológico. Mientras, una persona con apatía pue-

de necesitar una estructura, una activación, rutinas y, en algunos casos, un tratamiento farmacológico específico.

Cuando cambia el comportamiento

Las alteraciones de la conducta son una de las secuelas más difíciles de afrontar en casa. Podemos encontrarnos con irritabilidad, cambios bruscos de humor, llanto fácil, impulsividad, desinhibición, comentarios inadecuados, ansiedad intensa e incluso episodios de agitación o agresividad. En muchas ocasiones, vemos que la persona que ha sufrido un daño cerebral reacciona de forma desproporcionada ante estímulos pequeños: una espera, un ruido, una orden, un límite, un consejo o un cambio de plan o de rutina.

Esto no quiere decir que cualquier conducta quede justificada por la lesión cerebral, ni que la persona pierda toda capacidad de decisión. Significa que los mecanismos cerebrales que ayudan a frenar, valorar las consecuencias, interpretar el contexto y regular las emociones pueden estar alterados. Para la familia, comprender este punto suele aliviar la culpa y el enfado. El mensaje no es “todo vale”, sino “esto tiene una explicación y podemos abordarlo”. Poner nombre al síntoma permite actuar mejor: anticipar situaciones difíciles, reducir estímulos, ordenar rutinas, hablar con frases claras, evitar discusiones en escalada y pedir ayuda antes de que la convivencia se deteriore.

Psicofármacos como ventana de oportunidad

En psiquiatría, los psicofármacos no se utilizan para anular a la persona ni para tapar problemas. En neurorrehabilitación, muchas veces sirven para abrir una ventana de oportunidad terapéutica, es decir, nos ayudan a modular los circuitos cerebrales alterados que regulan los procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

Cuando la medicación está indicada, el objetivo es reducir la intensidad del síntoma para que la persona pueda participar mejor en su recuperación. Tan importante

como prescribir un fármaco es ajustarlo bien: evitar una excesiva somnolencia, el enlentecimiento, un aumento de las caídas o la interferencia con las terapias; por eso, la observación de los profesionales y de la familia es clave.

En el daño cerebral adquirido, se utilizan diversos psicofármacos según el síntoma predominante y siempre de forma individualizada.

Según el síntoma predominante, pueden utilizarse distintos grupos de fármacos: antidepresivos para la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el dolor; fármacos activadores cuando predominan la apatía, la somnolencia o las dificultades atencionales; antipsicóticos en casos de agitación, desorganización, agresividad o síntomas psicóticos; y fármacos como la gabapentina o la pregabalina si hay ansiedad, irritabilidad o dolor neuropático. Las benzodiazepinas pueden ser útiles de forma puntual, pero en caso de daño cerebral deben usarse con especial prudencia, por su impacto sobre la cognición y el equilibrio, así como por el riesgo de dependencia.



“A veces nos encontramos con síntomas depresivos más reactivos, relacionados con la pérdida de autonomía, los cambios físicos o el miedo al futuro. Otras veces aparece una depresión más “orgánica”, vinculada a la afectación de circuitos cerebrales que regulan el ánimo, la energía y la motivación”.

La elección no depende solo del diagnóstico, sino del momento evolutivo, el tipo de lesión, la conducta, el sueño, el dolor, las crisis epilépticas, las constantes vitales y los objetivos rehabilitadores de cada persona.

Cognición, lenguaje y emoción: todo está conectado

Muchas reacciones emocionales tienen una relación directa con la existencia de dificultades cognitivas o comunicativas. Si una persona no recuerda, no entiende bien lo que se le dice, se fatiga al conversar o no encuentra las palabras, puede frustrarse, aislarse y ponerse nerviosa e incluso irritable. En casos de afasia (trastorno del lenguaje), disartria (trastorno motor del habla debido a una afectación de los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio) o fatiga cognitiva, el sufrimiento puede expresarse más en la conducta que en las palabras.

A veces, mejorar el malestar empieza por adaptar la comunicación: hablar despacio, hacer una pregunta cada vez, dar tiempo para responder, usar apoyos visuales, reducir los estímulos del entorno y validar la emoción, aunque no se comprenda todo el mensaje. La conducta no se entiende bien si se mira aislada de la memoria, el lenguaje, el dolor, el sueño, la movilidad o el entorno. Por eso, la psiquiatría trabaja estrechamente y de manera multidisciplinar con otros profesionales implicados en la rehabilitación, como neuropsicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o enfermeros, para conseguir entender bien todos los cambios que presenta la persona y mejorar el abordaje de la situación.

Rehabilitar también es reconstruir identidad

La neurorrehabilitación no consiste solo en recuperar la fuerza, la movilidad, el lenguaje o la memoria, también implica volver a reconocerse y encontrar una forma posible de vivir después de la lesión.

Muchas personas sienten que quedan suspendidas entre el antes y el ahora: lo que podían hacer, lo que han

perdido, lo que esperan recuperar y lo que tendrán que aprender a hacer de otra manera. El objetivo no siempre es volver exactamente al punto de partida, sino recuperar el poder tomar decisiones, expresar preferencias, marcar objetivos realistas, sostener vínculos y participar en actividades con sentido.

En ese proceso, la psiquiatría y los profesionales de salud mental acompañan a la persona en la reconstrucción de su proyecto vital. No se trata únicamente de tratar síntomas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el insomnio, sino de ayudar a comprender qué está ocurriendo, qué cambios pueden estar relacionados con la lesión y qué estrategias pueden facilitar la adaptación.

Conclusiones

Las secuelas emocionales, cognitivas y conductuales del daño cerebral adquirido pueden ser menos visibles que las físicas, pero condicionan de forma muy importante la autonomía, la convivencia y la participación en la rehabilitación de la persona.

Comprender síntomas como la apatía, la irritabilidad, la ansiedad, la impulsividad o los cambios de personalidad ayuda a cambiar la mirada. No se trata de justificar cualquier conducta, sino de entender que algunas capacidades necesarias para regularse, organizarse, frenar impulsos o expresar emociones pueden estar afectadas.

La psiquiatría aporta una mirada específica dentro del equipo rehabilitador: diferencia el duelo, la depresión, la apatía, la ansiedad o la desregulación emocional; valora cuándo puede ayudar la medicación; acompaña a la familia; y trabaja de forma coordinada con el resto de los profesionales. Cuidar la salud mental después de una lesión neurológica no es un signo de debilidad, sino una parte imprescindible de la rehabilitación.