

“Ya no es el mismo de antes”

Lesión cerebral y alteraciones del comportamiento

Independientemente de cuál sea la causa del daño cerebral adquirido, tras la lesión, el paciente puede experimentar diferentes alteraciones, tanto en su conducta como en sus emociones, que le pueden convertir en una persona distinta.



Beatriz Castaño
Médico especialista en Psiquiatría
Área Neuropsicosocial Institut Guttmann

En 1848 Phineas Gage, un obrero de ferrocarriles, sufrió un accidente a consecuencia de una explosión. Una barra de metal de 6 kg de peso, 1 m de largo y más de 3 cm de diámetro le atravesó el cráneo por la mejilla izquierda y salió por la parte superior tras pasar por la corteza cerebral. Al cabo de dos meses, el paciente fue dado de alta por el médico considerando que estaba del todo recuperado ya que no presentaba ninguna alteración física ni del lenguaje.

Veinte años después, el doctor Harlow, que había tratado al paciente, describió en una publicación médica: “El equilibrio o balance entre su facultad intelectual y sus propensiones animales se destruyó, se volvió irreverente, blasfemo, impaciente y obstinado”.

A raíz del accidente, Phineas perdió su trabajo y nunca más fue capaz de mantener uno por mucho tiempo, pues los abandonaba o le echaban por sus continuas riñas con los compañeros. Su matrimonio terminó, ya que su esposa consideraba que no era

el mismo de antes y se había convertido en un hombre agresivo. Tras trabajar en varias granjas, Phineas fue exhibido en el circo, en el que enseñaba orgulloso su herida y la barra de hierro que la provocó. Murió hacia los 38 años debido a crisis epilépticas. Actualmente se conservan tanto su cráneo como la barra de hierro en el museo de la universidad de Harvard, puesto que fue uno de los primeros casos descritos en la historia de la medicina donde se puso en evidencia la relación entre una lesión del cerebro y cambios en el comportamiento.

En nuestros días la historia de Phineas se sigue repitiendo con diferentes nombres y mecanismos de lesión: caídas desde andamios, atropellos, accidentes de coche o moto, entre otros. Aunque han pasado 162 años y ha habido un gran desarrollo en la medicina, desafortunadamente, todavía las secuelas del comportamiento pueden no ser adecuadamente diagnosticadas o tratadas, dejando al individuo que las sufre y a sus familiares en una situación de sobrecarga emocional crónica y deterioro en la calidad de vida.

Lóbulo frontal

No se puede hablar de alteraciones de conducta sin hacer mención del lóbulo frontal, el área del cerebro situada en la parte más anterior del cráneo, justo por detrás de la frente, que es el responsable de las principales formas de actividad mental como son la inteligencia, la creatividad, el razonamiento abstracto y las habilidades conceptuales. Es, también, el que nos hace humanos, inteligentes y sensibles y nos permite aprender de las experiencias y regular nuestro comportamiento dependiendo de cada situación.



Para hacernos una idea de su importancia en los humanos, cabe decir que el lóbulo frontal ocupa un 33% del cerebro, mientras que en el chimpancé representa el 15% y en los gatos un 3%.

Los lóbulos frontales conectan con estructuras profundas del cerebro y con el lóbulo temporal, áreas que intervienen en funciones emocionales, hormonales, viscerales, sensoriales y autonómicas. El correcto engranaje de estos sistemas produce como resultado que el individuo pueda regular su comportamiento de acuerdo con cada situación teniendo en cuenta las experiencias previas y que pueda guiarse por objetivos e involucrarse productivamente en diferentes facetas de la experiencia humana.

Así, un mal funcionamiento de este sistema regulador provoca en la persona que lo sufre un estado de desinhibición del comportamiento y de alteración de las emociones, que se manifiesta con tendencia a la irritabilidad, cambios bruscos de humor, impulsividad, comportamiento inapropiado en el ámbito social o familiar y, en casos más graves, agresividad verbal o física.

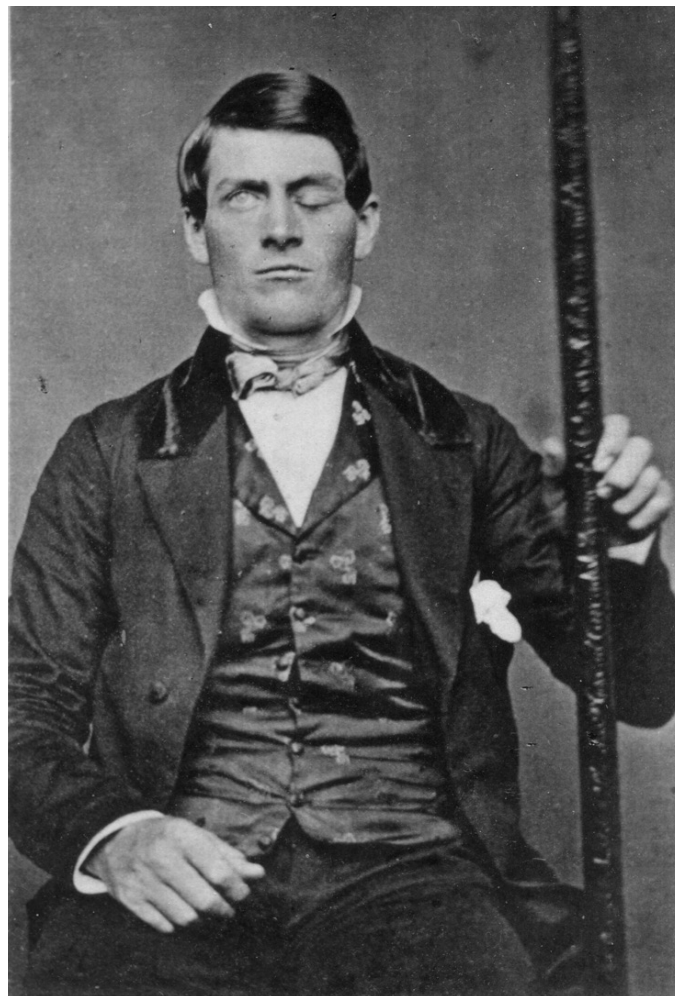
Causas del daño cerebral adquirido

No sólo los traumatismos provocan lesión cerebral, también los ictus (hemorragias o infartos de arterias cerebrales), los tumores, las encefalitis y la encefalopatía anóxica (falta de oxígeno en el cerebro). Hemos de tener en cuenta que estas lesiones difieren entre sí por factores como el área del cerebro afectada o la extensión de la misma; algunas de ellas son localizadas, mientras que otras afectan a áreas muy amplias o, incluso, a todo el cerebro. En este sentido, las manifestaciones, evolución y pronóstico entre los diferentes tipos de daño cerebral no son comparables.

Finalmente, existen unos factores propios del paciente que pueden condicionar de forma negativa la evolución de las alteraciones conductuales. Estos factores son la historia de consumo habitual de alcohol y tóxicos, la edad avanzada y la existencia previa de patología psiquiátrica, retraso mental, desórdenes del desarrollo o del aprendizaje o una lesión cerebral.

Fases del daño cerebral

Dependiendo del momento evolutivo en el que se encuentre el paciente, podremos observar una serie de alteraciones o cambios en el comportamiento. Las fases que se describen a



continuación no tienen una duración concreta ni se presentan siempre en el mismo orden y las manifestaciones pueden variar dependiendo del tipo de lesión cerebral y en cada caso en particular.

En general, durante los primeros días o semanas el paciente puede no comunicarse, mostrarse confuso y no reconocer a sus familiares; es frecuente la desorientación en lugar, tiempo e incluso en persona; puede tener un discurso incoherente, presentar una gran inquietud motora que en ocasiones llega a la agitación o tener alucinaciones que, generalmente, son de tipo visual (ver animales, personas fallecidas, fuego).

En ocasiones, desde la primera fase es evidente un estado de desinhibición, impulsividad y cambios de humor. Generalmente estas alteraciones se van atenuando con el tiempo y con los diferentes tratamientos instaurados. Posteriormente, hay un periodo subagudo o de transición en el que el paciente recupera, de forma progresiva, la orientación, el sentido de sí mismo, el reconocimiento de las personas y la coherencia en sus ideas, pudiendo recobrar, parcial o completamente, su funcionamiento mental previo.

En fases crónicas, cuando han pasado muchos meses de la lesión, estos cambios en el comportamiento son más eviden-

Neurorrehabilitación

tes y los familiares hacen comentarios de tipo “ya no es el mismo de antes”. Esto se conoce según los manuales médicos como trastorno o cambio orgánico de la personalidad, que se define como un cambio sostenido o persistente en los rasgos previos del individuo que causan un deterioro social, laboral o familiar. La frecuencia de cambio de la personalidad en el traumatismo craneoencefálico grave puede alcanzar el 80% de los casos.

Cambios del comportamiento y las emociones

Para una mejor comprensión, he agrupado en síndromes los diferentes síntomas conductuales y emocionales que puede presentar el paciente con daño cerebral adquirido.

Alteración del afecto

En las primeras fases del daño cerebral es muy frecuente la incontinencia emocional con llanto ante estímulos mínimos. También puede presentarse la labilidad emocional, consistente en una dificultad para controlar la risa o el llanto que, generalmente, se da en situaciones de estrés o nerviosismo.

El paciente puede pasar por un periodo de depresión, reactivo a la situación de discapacidad, que en ocasiones se manifiesta desde la fase inicial y otras veces ocurre al volver a su entorno y enfrentarse a los cambios en el estilo de vida.

A largo plazo es característica la inestabilidad emocional y afectiva con dificultad para regular las respuestas emocionales, presentando cambios bruscos de humor que pueden ser de minutos, horas o días. Los pacientes pueden alternar estados depresivos con fases de euforia, en ocasiones sin un factor desencadenante externo.

También son frecuentes los cambios en la expresión de las emociones que los familiares describen como “es más cariñoso que antes” o “se muestra indiferente”...

Pérdida del control de impulsos

Se trata de un fallo en los mecanismos de control del comportamiento que puede manifestarse en el área verbal, instintiva y motora. Son frecuentes la impaciencia con incapacidad para esperar, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y actitud demandante.

En el ámbito verbal, el paciente puede hacer una expresión descontrolada de opiniones o sentimientos con indiscreciones, pérdida de la vergüenza y, en ocasiones, uso de lenguaje soez. Asimismo, puede aparecer una actitud excesivamente cariñosa, seductora y complaciente, con necesidad de

saludar, agradecer o tocar a los demás. También pueden manifestar desinhibición sexual. Y, en el ámbito motor, el paciente impulsivo actúa de forma irreflexiva sin considerar las consecuencias de sus actos.

El resultado de todo lo anterior puede ser un comportamiento no acorde con la edad del paciente y una conducta social inapropiada.



Agresividad

La agresividad también es el resultado de una pérdida en el control de impulsos que se acompaña de una sensación de malestar e ira por un estímulo externo o interno. La respuesta puede ser verbal, en forma de insultos o amenazas, o física, contra objetos o contra personas con actos como romper, tirar cosas, empujar, morder, dar puñetazos y autoagredirse, entre otros.

A diferencia de las enfermedades psiquiátricas, la agresividad secundaria al daño cerebral es reactiva y desproporcionada, de forma que ocurre ante estímulos mínimos, no es planificada ni tiene un propósito, es muy aguda en su presentación, suele durar poco tiempo y, una vez pasado el episodio, provoca arrepentimiento y malestar emocional en el paciente.

Apatía

La apatía es, esencialmente, una carencia de motivación que se manifiesta en aspectos conductuales, cognitivos y emocionales. Hay una disminución del comportamiento que puede ser leve, en forma de lentificación para las diferentes tareas de la vida cotidiana, o grave, provocando incapacidad para iniciar o mantener la mayoría de actividades.

Típicamente, el paciente no tiene planes ni ideas y muestra una disminución en la expresión de los sentimientos, de manera que parece indiferente y poco reactivo ante acontecimientos del entorno, tanto positivos como negativos.

La apatía suele ser motivo de gran preocupación para los familiares y no así para el afectado, ya que el paciente suele tener una sensación de placidez e indiferencia.

Otras manifestaciones

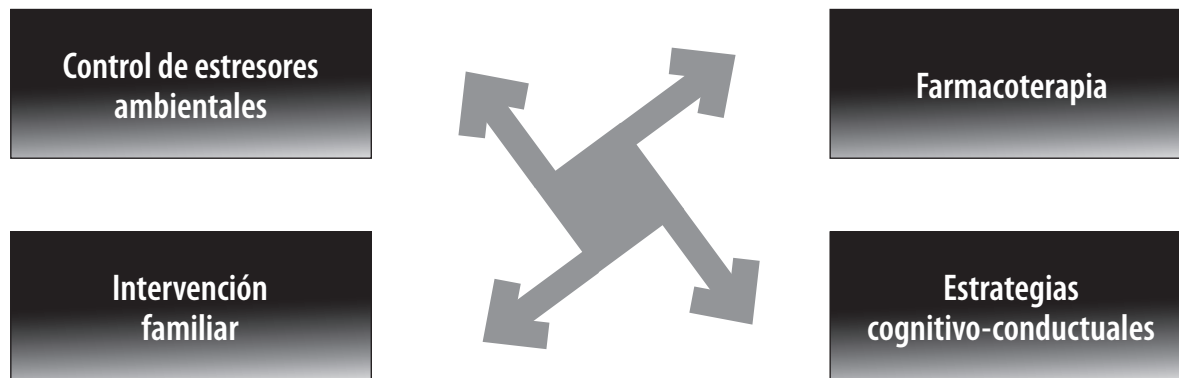
La conciencia de sí mismo también suele afectarse, de forma que el paciente con daño cerebral puede no ser consciente de sus déficits, lo cual dificulta enormemente cualquier intervención terapéutica. Por otra parte, la inflexibilidad cognitiva hace que el paciente se muestre obstinado, egoísta y desconsiderado con las personas de su entorno.

En algunos casos, se presentan síntomas paranoides que se manifiestan con desconfianza exagerada, celos patológicos, temor a que los demás puedan hacer daño y otro tipo de ideas irreales. Estas ideas suelen acompañarse de cambios en el comportamiento.

Las alteraciones descritas son consecuencia directa de la lesión orgánica del cerebro y se presentan junto con las reacciones propias de cualquier persona que pasa por un periodo de enfermedad, como son la aparición de aspectos regresivos, con necesidad de atención y cuidado por parte de sus seres queridos; así, debemos tener en cuenta que no todos los comportamientos son atribuibles a la lesión cerebral.

Consecuencias

Los trastornos en el comportamiento y las emociones pueden pasar desapercibidos en un primer momento, en especial para personas que no conocieron al paciente antes de la lesión cerebral; sin embargo, un comportamiento alterado puede cambiar por completo la relación de una pareja o de los miembros de una familia y ser causa de separación.



Las repercusiones dependen, básicamente, de factores como la frecuencia y la gravedad de los cambios que presenta el paciente, así como del grado de convivencia con el enfermo.

En el ámbito hospitalario y centros de rehabilitación, los trastornos de conducta pueden alterar o impedir el desarrollo de las actividades afectando negativamente al aprovechamiento de la terapia y al rendimiento cognitivo.

Un comportamiento alterado muchas veces es causa de disfuncionalidad laboral, social y familiar. A largo plazo, provoca rechazo, estigma y aislamiento progresivo, principalmente de la persona que lo sufre pero, en ocasiones, también de los familiares. Para los más allegados al paciente es motivo de sobrecarga y sufrimiento emocional.

Tratamiento farmacológico

El abordaje de las alteraciones conductuales y emocionales del paciente con daño cerebral debe efectuarse de forma interdisciplinar con neuropsicología. Es indispensable el tratamiento de los problemas cognitivos, así como la preparación y educación de la familia en las pautas de actuación y en el control de factores ambientales que puedan desencadenar situaciones conflictivas con el paciente.

Desde la neuropsiquiatría, el uso de psicofármacos está ampliamente justificado como una herramienta que permite conseguir un rápido control de los síntomas en una gran proporción de los casos, lo cual posibilita una mayor participación y colaboración del paciente en el tratamiento rehabilitador y una menor sobrecarga del cuidador.

Es importante saber que los psicofármacos tienen una indicación primaria y están aprobados para patologías diferentes de la que nos ocupa, sin embargo, su uso en el tratamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del daño cerebral está avalado por estudios y una amplia información científica. Así, por ejemplo, usamos antiepilépticos y antipsicóticos atípicos

para la agitación psicomotora, la irritabilidad, el descontrol de impulsos y como estabilizadores del ánimo. Para mejorar el grado de alerta, la atención, aumentar la iniciativa y la actividad motora prescribimos algunos antidepresivos, dopaminérgicos y psicoestimulantes.

Recomendaciones generales

Durante las visitas es imprescindible hablar abiertamente con el médico sobre las alteraciones conductuales y emocionales que presenta el paciente y que éste escuche el motivo por el cual se le prescribe un medicamento. El paciente debe ser partícipe de esta decisión con el objetivo de aumentar la alianza terapéutica con su médico y fomentar el cumplimiento. Así, el médico es el responsable del control y la valoración periódica del tratamiento, mientras que el control y la correcta administración de la medicación es responsabilidad de los familiares o el cuidador.

La mayoría de los psicofármacos pueden provocar efectos indeseables los primeros días, que no deben persistir más allá de una semana; en ese caso, o si son muy molestos, deben comunicarse al médico para valorar la continuidad del tratamiento antes de suspenderlo sin consultar. También debe informarse al médico sobre las conductas del paciente que dificulten el cumplimiento de la medicación, ya que las tomas incorrectas disminuyen la eficacia y provocan mal control de los síntomas.

El consumo de alcohol y otras sustancias está contraindicado con el uso de este tipo de fármacos, ya que comporta riesgos como alteración del estado de conciencia, cambios conductuales y crisis epilépticas.

En nuestro hospital se brinda un abordaje interdisciplinar, tanto del paciente neurológico como de sus familiares, integrando el tratamiento físico, neuropsicológico y neuropsiquiátrico para un mejor control de las secuelas del daño cerebral adquirido. **SR**