

Introducción

Las alteraciones de conducta asociadas a las enfermedades neurológicas muestran cómo el sistema neuroendocrino, la amígdala, el hipocampo, las conexiones aferentes y eferentes del sistema límbico, la corteza frontal y temporal regulan la emoción y la conducta. El hemisferio cerebral izquierdo media el lenguaje, las funciones cognoscitivas analíticas secuenciales, mientras que el hemisferio derecho tiene funciones preceptuales viso espaciales y de síntesis. El hemisferio derecho se especializa en la percepción y expresión del ánimo y los sentimientos, mientras que el izquierdo trabaja con responsabilidades, conceptos lógicos y abstracciones.

La apreciación de situaciones sociales importantes requiere una integridad del hemisferio derecho, que permite analizar circunstancias asociadas a la expresión facial y corporal, tonalidad del lenguaje y prosodia. Hace que la expresión tenga una credibilidad emocional.

Estas funciones deben estimularse desde la primera infancia en la etapa prelingüística mediante reforzamiento visual, auditivo, cenestésico, táctil, balanceos, abrazos, sonrisas y palabras cariñosas acompañadas de expresión facial.

Durante la maduración neurolingüística los niños aprenden a acompañar sus experiencias emocionales con las palabras adecuadas.

Las lesiones cerebrales producen entonces cambios de conducta asociados a la interacción inadecuada en la función de los dos hemisferios, alteraciones en la función neuroendocrina, hipertensión endocraneana, medicamentos utilizados en el tratamiento y las circunstancias de ajuste y adaptación a la enfermedad crónica.

Enfermedad cerebrovascular

Trastornos del ánimo

Las lesiones vasculares izquierdas conducen a afasia, depresión, reacciones emocionales catastróficas y dramáticas con llanto, negativismo y ansiedad, mientras que las derechas conllevan a exaltación afectiva y negación de sus déficit.

Los pacientes con lesiones derechas son poco conscientes de sus alteraciones por lo tanto se adaptan erráticamente a la rehabilitación. Siempre están buscando trabajos como si estuvieran sanos con la consecuente frustración. Las lesiones izquierdas por el contrario producen un cambio en el estado de ánimo en el cual los pacientes se deprimen, se focalizan en lo negativo, en su déficit neurológico, el

cual sobre valoran, sienten que nunca van a mejorar, abandonan prematuramente el tratamiento de rehabilitación y los intentos de suicidio son más comunes que en las lesiones derechas.

Psicosis

Las lesiones temporoparietales y occipitales se asocian con psicosis de características confusionales, alucinatorias, paranoides. Otros factores predisponentes son la hiponatremia, múltiples problemas médicos, deterioro cognoscitivo previo, polifarmacia, alteraciones metabólicas, pobre interacción social, edad avanzada, infección especialmente renal, fracturas, deterioro visual y auditivo, fiebre, uso de drogas psicoactivas.

Deterioro cognoscitivo

La aparición de demencia después de un episodio de infarto cerebral es rara, pero es común tras infartos múltiples. Frecuentemente se asocia con cambios de ánimo, afecto lábil, incontinencia emocional que sugieren el diagnóstico de:

Trastorno orgánico de la personalidad

Es común después de la ruptura de aneurismas de la arteria cerebral media o cerebral anterior, dando lugar a síndrome frontal cuyas características varían de acuerdo a su localización: a) Síndrome de la convejidad frontal: sus manifestaciones son apatía, indiferencia y se le ha denominado pseudodepresivo; b) Síndrome orbito frontal: se caracteriza por desinhibición, impulsividad, labilidad emocional y euforia. Se ha denominado pseudopsicopático; c) Síndrome fronto medial: produce pérdida de la fuerza en la pierna contralateral, alteraciones sensitivas e incontinencia de esfínteres.

Síndromes amnésicos

La amnesia depende de la localización de la lesión. Es más común la amnesia anterógrada en ruptura de la comunicante anterior y en infartos talámicos bilaterales.

La afectación de los tractos mamilotalámicos y de las vías ventroamigdalinas, comúnmente produce amnesia.

Epilepsia

Pseudocrisis

Hasta 20% de las crisis remitidas para tratamiento especializado son de etiología psicógena. Es la segunda categoría más frecuente de trastorno de conversión, solo superada por las parálisis, los temblores y los trastornos de la marcha. Se caracterizan por episodios de desmayo con pseudoconvulsiones que recuerdan un berrinche y que simbolizan una situación de conflicto. La crisis es una catarsis distorsionada de una situación perturbadora. Estas crisis pseudoconvulsivas típicamente comienzan con un comportamiento abrupto en el cual se pierde la

conciencia de lo que está ocurriendo, por una intromisión en el campo de conciencia de pensamientos y sentimientos perturbadores que no pueden ser tolerados por el paciente. El enfermo, que en 75% es una mujer, cierra los ojos, cae sin hacerse daño, hace movimientos desordenados y luego yace inerte, flácida, por momentos mira furtivamente a su alrededor y algunas emiten un chillido pueril. Si durante los movimientos el paciente es sujetado, es común que se desarrolle una lucha, y algunos pueden hacerse daño en éstos momentos. Pacientes depresivos o privados socialmente pueden golpearse, romperse los labios, las cejas o la mejilla en la caída o durante los movimientos estereotipados.

Algunos inician su ataque cuando están en la cama, comenzando con un episodio de hiperventilación seguido por rigidez y un arqueamiento de la cabeza, el cuello y el tronco, acompañado de chillidos y movimientos de la pelvis. Muchas veces los movimientos son muy prolongados y se empeoran con las benzodicepinas intravenosas (pseudostatus). Hasta un 60% de los pacientes con pseudocrisis tienen también crisis convulsivas puesto que hay un refuerzo social para mantenerse enfermos y grandes dificultades para adaptarse a una vida productiva y exigente. Los pacientes con pseudocrisis convulsivas tienen comúnmente otros trastornos psiquiátricos tales como trastornos de la personalidad que puede ser un trastorno orgánico de la personalidad, o una personalidad interictal asociada a epilepsia del lóbulo temporal, depresión, trastornos de angustia, que van desde la ansiedad generalizada al pánico o trastornos fóbicos. También debe investigarse el abuso sexual especialmente en adolescentes.

Simulación o trastorno facticio: es común cuando un paciente o conocido tiene epilepsia la cual se utiliza como un modelo de imitación. Las caídas o pseudosíncope son la presentación más común puesto que las convulsiones tónicoclónicas son difíciles de imitar. El paciente desea asumir el rol de enfermo por un reforzamiento psicossocioeconómico de dicha situación.

Tratamiento: el manejo psicoterapéutico requiere apoyo, sugestión, desarrollar un clima de confianza y una alianza terapéutica para trabajar sobre las motivaciones de las pseudocrisis. La actitud crítica o presionante empeora el problema. La psicoterapia con la familia para disminuir el reforzamiento de las pseudocrisis es importante. Las víctimas de abuso están comúnmente inundadas por la vergüenza, culpa y rabia. Necesitan paciencia, comprensión, psicoterapia individual y familiar. Los grupos de apoyo son también de gran ayuda.

Psicosis

Psicosis ictal

Usualmente es breve, dura horas o días y puede prolongarse al postictal. Es un estatus parcial complejo o un estatus psicomotor. Comúnmente se presenta como una psicosis confusional o delirium cuyas características son: alteraciones cognitivas difusas; alucinaciones especialmente visuales; delirio usualmente persecutorio; pensamiento ilógico y disgregado; lenguaje con alteraciones semánticas; alteración en el ciclo sueño vigilia; incontinencia emocional; comienzo abrupto de síntomas; síntomas fluctuantes en contenido y severidad.

El foco es extratemporal en 30% de los pacientes, usualmente en corteza temporal o el cíngulo.

La mejoría con clonazepam IV u otros anticonvulsivantes no es elemento para el diagnóstico, pues muchos trastornos psiquiátricos pueden mejorar con estas medicinas por su efecto psicotrópico.

Los síntomas reflejan un efecto positivo de la descarga epiléptica en las estructuras límbicas o frontales que dispara la conducta anormal y un efecto negativo en el cual estas estructuras no pueden establecer adecuadamente su función por una parálisis del sustrato anatómico del comportamiento.

Psicosis postictal

Usualmente la frecuencia de las crisis ha aumentado recientemente. Los síntomas psicóticos son variados: ideas de persecución, grandiosidad, síntomas somáticos, delirios religiosos, catatonía. En otras ocasiones los síntomas son afectivos con exaltación o depresión psicótica. Los síntomas mejoran en pocos días utilizando neurolépticos a bajas dosis. La mayoría de los pacientes tienen crisis parciales complejas que generalizan. La explicación fisiopatogénica no está totalmente clara. Se cree que hay un cambio en el receptor postsináptico de la dopamina. La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), practicadas en pacientes con psicosis postictal, ha mostrado bajos niveles de dopamina estriatal en receptores D2 e hiperperfusión frontal.

Las convulsiones producen otros cambios neuroquímicos que influyen en la patogénesis de la psicosis: incremento en el GABA, reducción del aspartato y el glutamato, cambios en las endorfinas, en el receptor adenosina y en el segundo mensajero. Bajos niveles de ácido fólico, hiponatremia, y una inactivación post ictal de regiones corticales involucradas en la crisis son otras explicaciones posibles.

Psicosis interictal breve

Se caracteriza por delirios de persecución y alucinaciones auditivas. En los días anteriores a la aparición del delirio los pacientes se quejan de insomnio, ansiedad, sentimientos de opresión y tristeza.

La normalización forzada del electroencefalograma puede verse solamente en uno de nueve pacientes con psicosis interictal. Este concepto quiere decir que el electroencefalograma cambia su patrón anormal interictal por uno normal mientras dura el episodio psicótico.

Psicosis interictal crónica

Ocurre entre 6 a 12 veces más en epilépticos con crisis parciales complejas que en la población general. Estos pacientes refieren más frecuentemente auras psíquicas y autonómicas. Comúnmente hay alteraciones neuropatológicas temporales mediobasales.

Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) han mostrado anormalidad funcional de predominio temporal izquierdo. Estudios neuropatológicos no han podido corroborar el predominio izquierdo que parece ser funcional y no estructural.

La clínica es de una psicosis paranoide alucinatoria, asociada a catatonía, aplanamiento afectivo u oscilaciones del ánimo y experiencias místicas. La aparición de psicosis incrementa el riesgo de suicidio. La psicosis crónica de la epilepsia es similar a la esquizofrenia con menor incidencia de síntomas negativos.

Los pacientes que desarrollan psicosis crónicas tienen formas severas de epilepsia que involucran múltiples tipos de convulsiones, historia de estatus epiléptico y resistencia al tratamiento con drogas.

Los antecedentes familiares para esquizofrenia no son relevantes y la personalidad previa a la aparición de la epilepsia no muestra mayores cambios.

Psicosis postlobectomía

La psicosis puede desarrollarse meses o años después de la lobectomía temporal para el tratamiento de la epilepsia refractaria. La psicosis comúnmente es paranoide, también puede ser afectiva. Es más común después de lobectomías temporales derechas. Si la lobectomía es izquierda pueden mejorar los síntomas psicóticos.

Los cambios morfológicos vistos en esquizofrenia tales como ensanchamiento de los ventrículos y disminución en el tamaño del hipocampo son comunes en la psicosis crónica postlobectomía. También es común a ambos trastornos las alteraciones en la disminución del consumo de oxígeno en ganglios basales y en la región frontotemporal.

Las psicosis postlobectomía pueden estar relacionadas con cambios degenerativos y regenerativos no relacionados directamente con la patología epiléptica clásica.

Tratamiento: todos los medicamentos antipsicóticos causan disminución del umbral convulsivo. La clozapina es el más epileptogénico. En 0,3 a 5 % de los pacientes que toman dosis terapéuticas hay francas convulsiones. Los nuevos antipsicóticos atípicos también bajan el umbral convulsivo.

En pacientes agitados el uso de haloperidol IV 2,5 a 5 mg asociado o no a clonazepam 1 a 2 mg vía oral o en infusión intravenosa para pasar en 10 minutos es lo indicado.

En psicosis interictales crónicas un antipsicótico atípico como olanzapina, risperidona, o quetiapina es una opción.

Dosificación y presentación: Risperidona: 2- 4 mg / día en dos dosis. Olanzapina: 5-10 mg/ noche en una dosis. Quetiapina: este medicamento debe iniciarse lentamente por el peligro de hipotensión: día 1: 25 mg 2 veces al día, día 2: 50 mg 2 veces al día, día 3: 100 mg 2 veces al día, día 4 y en adelante 100 mg en la mañana, 200 mg en la tarde. Tabletas X 50 mg, X 100 mg, X 200 mg.

Personalidad Interictal

Las alteraciones de la personalidad están asociadas a la epilepsia del lóbulo temporal.

Se han descrito como: síndrome de discontrol episódico de la agresión caracterizado por pérdida recurrente del control ante mínimas provocaciones asociado a un temperamento pendenciero e irritable; disfunción sexual con desinterés y pérdida de la libido; religiosidad e intereses pseudofilosóficos,

hipermoralismo, estados místicos y profundo involucramiento en la práctica religiosa; hipergrafía: los pacientes tienen diarios detallados y notas personales en los que describen vivencias cósmicas y filosóficas muy emotivas; circunstancialidad y lenguaje pedante que se hace viscoso, pegajoso, prolijo, lleno de detalles y muy lento; depresión: un 30% de pacientes con epilepsia presentan intentos de suicidio. En epilepsia del lóbulo temporal el intento de suicidio es 25 veces superior a la población general.

Los anticonvulsivos como la carbamazepina, el valproato y la lamotrigina especialmente, pueden mejorar la sintomatología depresiva. El fenobarbital puede agravarla.

Tratamiento: el síndrome de descontrol episódico tiene buena respuesta a los anticonvulsivos especialmente carbamazepina y valproato. Los antipsicóticos atípicos olanzapina, risperidona o quetiapina pueden adicionarse cuando no hay buena respuesta con los anticonvulsivos. Las alteraciones de personalidad tales como viscosidad e hipergrafía, religiosidad y pegajosidad son bastante estables. La psicoterapia cognoscitiva e interpersonal puede utilizarse en el manejo de la depresión y el descontrol emocional en éstos pacientes.

En cuanto a antidepresivos el bupropión no debe utilizarse pues, puede inducir convulsiones. Los más seguros son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tales como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, fluvoxamina, al igual que la reboxetina (inhibidor de la recaptación de noradrenalina).

Guía para la elección del antidepresivo: uso de ISRS en depresión ansiosa, trastorno obsesivo, bulimia, pánico, descontrol de la agresión, depresiones atípicas caracterizadas por hiperfagia, hipersomnias, fatigabilidad, retardo psicomotor, gran sugestionabilidad.

Menor uso de ISRS: en disfunción sexual, depresión refractaria o depresión que recae tomando ISRS, mioclono nocturno o piernas inquietas, insomnio crónico o agitación.

Uso de bupropión: depresión retardada o inhibida, hipersomnias, no respuesta a ISRS, disfunción sexual, disfunción cognoscitiva, pseudodemencia, enfermedad bipolar, tabaquismo.

Menor uso de bupropión: convulsiones, tumor cerebral, trauma craneano, depresión agitada, insomnio crónico.

Uso de venlafexina: a dosis baja, 75 mg día, es igual que un ISRS. A dosis de 150 mg día en depresivos inhibidos con hipersomnias y depresiones atípicas.

Menor uso de venlafexina: en depresión agitada, pérdida de peso, disfunción sexual, hipertensión.

Uso de reboxetina: en depresión inhibida, pseudodemencia, pobre socialización, en depresión asociada a Parkinson y a crisis convulsivas. No tiene metabolismo en el citocromo P450.

Menor uso de reboxetina: antecedente de retención urinaria o hipotensión postural. Disfunción sexual o impotencia.

Uso de tricíclicos: fibromialgia, dolor crónico, cefalea crónica recurrente.

Menor uso de tricíclicos: intolerancia por su efecto sedante, alteraciones cognoscitivas, demencia, pseudodemencia, retención urinaria, constipación, aumento de peso, intentos de suicidio, enfermedad cardíaca.

En enfermedad depresiva bipolar (antecedente de períodos cíclicos de cambio de humor hacia la euforia o exaltación), deben utilizarse antidepresivos de vida media corta tales como paroxetina, reboxetina y bupropión. Si hay exaltación y se necesitan neurolépticos deben preferirse los atípicos olanzapina y risperidona.

Aspectos psiquiátricos de las cefaleas

La depresión, la ansiedad y la cefalea tienen una relación estrecha. Determinar el papel de la depresión puede ser difícil ya que varios signos vegetativos de la depresión también pueden ser atribuidos a la cefalea. No se ha podido catalogar hasta el momento una personalidad predisponente. La dificultad para enfrentar el estrés ambiental es un factor común, por lo tanto la psicoterapia cognoscitiva y las técnicas para enfrentar el estrés son benéficas para estos pacientes. El estrés puede iniciar directamente la cefalea en pacientes propensos por mecanismos tensionales de contractura muscular. El estrés puede potenciar indirectamente o intensificar el dolor. El sufrimiento prolongado que produce la cefalea crónica puede en sí mismo desencadenar trastornos psicológicos. Los pensamientos negativos y las emociones que conllevan las experiencias repetidas de cefalea pueden convertirse en estresores por sí mismos, manteniendo el trastorno psicológico y potenciando la intensidad del dolor en futuros ataques. Los trastornos de ansiedad comúnmente preceden a la migraña y la depresión generalmente se inicia después de la cefalea. La depresión y la ansiedad son significativamente superiores en frecuencia en los pacientes migrañosos respecto a la población general.

Entre los diferentes tipos de cefalea la migraña se asocia con mayor frecuencia a crisis de pánico. Las crisis de pánico ocurren semanas después de una recurrencia de las crisis migrañosas.

Tumores cerebrales

Los trastornos psiquiátricos pueden constituir la primera manifestación de un tumor cerebral y sirven de guía para conocer la localización o la naturaleza del tumor.

Tumores frontales

Cuando nos referimos a los trastornos orgánicos de la personalidad describimos el síndrome orbitofrontal, el síndrome de la convejidad frontal y el síndrome fronto medial. Esta clasificación es más teórica que real puesto que los tumores frontales presentan por lo general cuadros mixtos por la afección directa e indirecta de varias regiones frontales. La focalización izquierda produce mayor grado de alteraciones cognoscitivas y depresivas. Las lesiones derechas presentan frecuentemente exaltación afectiva..

Tumores del cuerpo calloso

Estos tumores presentan hasta en 90% de casos alteraciones neuropsiquiátricas, algunas veces caracterizadas por alteración de las funciones mentales superiores

seguidas por un grave deterioro cognoscitivo. En ocasiones el cuadro es esquizomorfo, paranoide, alucinatorio o catatónico. Al extenderse al lóbulo frontal tendremos las alteraciones de personalidad características. Cuando compromete el tercer ventrículo, tálamo y diencefalo el cuadro es demencial.

Tumores temporales

La epilepsia del lóbulo temporal con sus manifestaciones neuropsiquiátricas es lo común. La presencia de crisis de pánico, de alucinaciones visuales, táctiles, olfatorias, gustativas, de placer y orgásmicas pueden aparecer previas al fenómeno convulsivo como una crisis parcial simple. Las experiencias ictales de pensamiento forzado, “*déjà vu*” y despersonalización pueden confundir el diagnóstico junto con la depresión, la ansiedad, la irritabilidad y el discontrol de la agresión. Cuando el tumor es izquierdo el deterioro de las funciones mentales superiores es frecuente.

Tumores parietales

Cuando el tumor está en el hemisferio dominante las afecciones disfásicas o apráxicas pueden erróneamente sugerir demencia. En el hemisferio no dominante la somatoagnosia y la anosognosia pueden sugerir un cuadro histeriforme. Las lesiones parietales alteran el ánimo produciendo frecuentemente depresión.

Tumores occipitales

Son menos frecuentes los trastornos afectivos. Las alteraciones cognoscitivas están relacionadas con hipertensión endocraneana.

Tumores diencefálicos

Son frecuentes las alteraciones de la memoria y confabulación, indistinguible de un síndrome de Korsacoff. La hipertensión endocraneana conduce a un cuadro de demencia con atrofia cortical secundaria. La hipersomnia y otros síntomas de afectación hipotalámica sugieren la localización.

Tumores hipofisarios

La extensión diencefálica, frontal o temporal puede producir alteraciones cognoscitivas, convulsivas y de hipertensión endocraneana. Un síndrome neuroendocrino también puede presentarse con hipotiroidismo o síndrome de Cushing.

Tumores subtentoriales

Tienen menor sintomatología psiquiátrica. La afectación intelectual es global y tardía. En niños pueden aparecer cambios de carácter, ansiedad, disminución del rendimiento escolar, alucinaciones visuales por compromiso occipital relacionado con el aumento de la presión intracraneal.

Síndromes paraneoplásicos

La encefalitis límbica asociada con más frecuencia al cáncer de pulmón, mama, estómago, útero, riñón, testículos, tiroides y colon (como síndrome paraneoplásico)

conlleva a depresión, ansiedad, alteraciones de la personalidad, alucinaciones, *delirium*, catatonia, fallas de memoria. Los exámenes complementarios neurológicos pueden ser normales.

Trauma craneoencefálico

Alteraciones de memoria

De acuerdo a la gravedad del trauma hay amnesia anterógrada desde el momento del accidente; su duración es variable. Pueden aparecer episodios confusionales y confabulación. También se puede presentar amnesia retrógrada de menor duración.

En los traumas severos la alteración cognoscitiva es importante con déficit afásicos del lenguaje, prosódicos y de articulación.

Trastorno orgánico de la personalidad

Cuando hay afectación temporal, frontal o límbica puede aparecer un comportamiento desinhibido, hipersexual con discontrol agresivo, pseudopsicopático. Es probable el inicio de una farmacodependencia relacionada con una pobre autocrítica.

En estos pacientes se han usado neurolépticos, estabilizadores del ánimo y anticonvulsivantes con resultados variables.

Síndrome postconcusión

Ochenta por ciento de los pacientes después de sufrir un trauma craneoencefálico moderado se quejan de fallas de memoria, atención, concentración, cambios de ánimo, irritabilidad, cefalea, vértigo, fatiga y alteraciones del sueño. El tratamiento es sintomático y la duración variable.

Trastornos del ánimo

Las lesiones izquierdas corticosubcorticales anteriores y en áreas no límbicas del hemisferio derecho predisponen a depresión. Estas lesiones producen más disfunción social que alteraciones cognoscitivas o psicósomáticas. Los cuadros maníacos son excepcionales. Pueden aparecer síntomas de tipo obsesivo y síntomas fóbicos relacionados con las circunstancias del accidente.

Psicosis

En el período de amnesia postraumática puede aparecer *delirium*. Posteriormente pueden aparecer brotes psicóticos que tienden a ser autolimitados.

Infecciones del sistema nervioso central

Neurosífilis

La sífilis terciaria que se desarrolla después de 5 a 30 años de la primoinfección se asocia con múltiples cuadros clínicos de los cuales la parálisis general

progresiva es de cardinal importancia. El *Treponema pallidum* se localiza en los lóbulos frontales y en menor medida en temporoparietales. Inicialmente, en la fase preparalítica, se presenta irritabilidad, insomnio, hipocondría, inatención, alteraciones cognoscitivas, problemas en cálculo, habla o escritura. Puede aparecer delirium, crisis convulsivas, ACV, afección de pares craneanos. La segunda fase o fase de estado se caracteriza por alteraciones del juicio crítico, ideas delirantes megalomaniacas, expansivas, euforia. Algunas veces hay cambios de ánimo y momentos depresivos con ideas de suicidio. Al avanzar la enfermedad el cuadro delirante afectivo evoluciona a un síndrome demencial con déficits neurológicos focales y crisis convulsivas. El diagnóstico diferencial con demencia, enfermedad bipolar, ó esquizofrenia es en ocasiones difícil si no se realiza el estudio serológico en LCR.

Encefalitis

La encefalitis herpética que tiene preferencia frontotemporal produce cambios de conducta como manifestación inicial que pueden confundirse con esquizofrenia, trastorno de la personalidad o histeria. Las alucinaciones gustativas, olfativas, las crisis convulsivas, los episodios confusionales, pueden hacer pensar en *delirium tremens*. El examen del LCR, el EEG, el TAC y la resonancia magnética ayudan a esclarecer el diagnóstico.

Enfermedades del SNC producidas por priones

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o encefalopatía espongiforme subaguda es una enfermedad progresiva que conduce a la muerte en un año y que en una fase temprana las manifestaciones clínicas son larvadas, insidiosas en forma de fatiga, insomnio, ansiedad y trastornos cognoscitivos. Al comienzo el cuadro clínico puede diagnosticarse como funcional hasta que aparecen trastornos en la marcha, alteraciones visuales, temblor y un síndrome demencial bien definido.

Alteraciones psiquiátricas asociadas a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Trastornos de ansiedad y reacciones catastróficas

Son respuestas con gran ansiedad e hiperemotividad ante un incidente insignificante. El paciente llora, vocifera con rabia, puede ser abusivo verbal o físicamente. Es común en los cambios de ambiente cuando no comprende lo que debe hacer o trata de realizar una tarea y fracasa.

Depresión

La depresión es más común en demencias subcorticales como en el Parkinson, la enfermedad de Huntington, la demencia multiinfarto, la enfermedad de Wilson y la hidrocefalia de presión normal. La depresión por sí misma sobre todo en el anciano produce alteraciones cognoscitivas que sobrevaloradas por el paciente hacen

pensar en demencia. Algunos enfermos de Alzheimer, en etapa amnésica presentan cambios de ánimo con irritabilidad y ansiedad que responden a ISRS.

Delirios

Fenómenos alucinatorios, delirantes, persecutorios, comúnmente acompañan al Alzheimer en fase amnésica y a otras demencias como las frontales, el Parkinson y la demencia multiinfarto. Al avanzar la enfermedad prima lo deficitario sobre los delirios y la agitación. Neurolépticos a dosis bajas dan buen resultado terapéutico: haloperidol de 1 a 3 mg diarios, olanzapina 5 a 10 mg noche, risperidona 2 mg noche. Los delirios tienden a autolimitarse con el tiempo.

Otros trastornos de la conducta

La tendencia a caminar ante la sensación de desorientación, las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, pues duermen en cortos intervalos durante el día y la noche y el aumento de la frecuencia de la apnea del sueño, son importantes. Las alteraciones del apetito consisten generalmente en anorexia y disfagia, aunque pueden tener períodos de hiperfagia cuando hay lesiones hipotalámicas (multiinfartos). La sexualidad en general se aplana aunque en lesiones vasculares frontales o diencefálicas puede haber desinhibición.

El síndrome de Kluver Bucy, caracterizado por hiperoralidad con exploración bucal del ambiente, hipersexualidad, masturbación compulsiva, exhibicionismo, alteraciones de la preferencia sexual, agnosia visual que puede conducir a alucinaciones, placidez y enturbiamiento emocional, acompañado de manierismos, estereotipias, logoclonia, risas inmotivadas, delirios, descontrol emocional, puede acompañar a demencias como Alzheimer, Pick, e infarto bitemporal, encefalitis por herpes, encefalopatía por hipoglicemia, encefalopatía postraumática y postquirúrgica, lupus eritematoso sistémico y encefalitis límbica paraneoplásica.

La familia y su entorno

La familia ante un enfermo de Alzheimer u otro trastorno demencial comienza a desarrollar un duelo anticipatorio paralelo a la necesidad de desarrollar nuevos roles y nuevas tareas para el cuidado del enfermo. Las familias requieren asistencia y orientación, pues algunos miembros pueden responder con sobre protección y sacrificio y otros con abandono y desinterés. La convivencia con las alteraciones de conducta, las reacciones catastróficas, los delirios, la tendencia a caminar y perderse, la posibilidad de accidentes caseros, requiere un nuevo diseño de la vida en el hogar.

Los antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos son útiles en éstos trastornos a dosis de un tercio o la mitad de la dosis del paciente joven. Hay que ser cuidadoso para no perturbar la ya diezmada actividad cognoscitiva del paciente y no disminuir su precaria situación psicomotriz con neurolépticos o benzodiazepinas. Los neurolépticos atípicos pueden ser los más indicados, (risperidona y olanzapina). Las benzodiazepinas son los medicamentos que más enturbiamiento cognoscitivo producen y deben evitarse u optar por las de acción muy corta como alprazolam.

Como inductores del sueño el zolpidem y la zopiclona son más seguros en éstos pacientes que las tradicionales benzodicepinas.

La comunicación con un paciente que padece deterioro cognoscitivo debe ser: clara, eliminando las distracciones innecesarias; llamar a la persona por su nombre; conseguir su atención antes de hablar; hacer contacto visual antes de hablar; hablar en un tono agradable y placentero; usar palabras cortas y oraciones simples; dar el tiempo adecuado para contestar; repetir las cosas si es necesario; dar un reforzamiento escrito o visual si se requiere; comunicar una sola idea cada vez; no cambiar el tema súbitamente; cuando le damos una instrucción, darla paso a paso, estando atentos si ha captado la información; escuchar atentamente las respuestas del paciente; ofrecer soporte y elogios; no hablar por el paciente; permanecer tranquilo y relajado si la respuesta del enfermo es agresiva, no discuta con él, serénese, retome la calma, retírese si siente que puede tornarse violento, pero esté atento a lo que hace; si la violencia aumenta busque ayuda.

Los trastornos del sueño pueden disminuirse: durmiendo en un cuarto y una cama confortables; limitando las siestas diurnas; limitando el líquido que toma antes de ir a la cama; estando seguros que fue al baño antes de acostarse; no tomar café, té, chocolate ni bebidas colas después del medio día; monitorizar su salud, el dolor y la enfermedad alteran el sueño; si deambula en la noche instalar una alarma a la salida del cuarto puede evitar accidentes; incremente la actividad durante el día.

Distráigalo cuando lo vea inquieto; rodéelo de cosas familiares para que se sienta seguro; mantenga un ambiente confortable para que le guste permanecer en él; busque que sus necesidades físicas estén satisfechas. A veces podría irse deambulando en busca de comida; incremente el contacto con otros. Dele la seguridad de que él no está solo; manténgale un brazalete ó un carnet de identificación con los teléfonos de las personas a quienes puede avisar si se extravía en una salida imprevista; provéale actividades recreativas: busque fomentar las cosas que siempre ha disfrutado como oír música, leer, caminar al parque, ir a la iglesia.

Se sugieren las siguientes actividades en el libro de Jennifer Hay (1999): actividades domésticas, artísticas, pintando, haciendo collages, álbumes, juegos familiares, bingo, parques, rompecabezas, visitas con amigos y familiares, películas caseras, tejidos, contar historias y bailar.

La familia y especialmente el cuidador directo, puede presentar reacciones ansiosas o depresivas que se minimizan o previenen a través de grupos de apoyo para familiares de pacientes con trastorno cognoscitivo.

Estos grupos tienen las siguientes metas: profundizar en el conocimiento de la enfermedad; entender que la demencia afecta a toda la familia no solo a la persona que la padece; fomentar la comunicación familiar y con personas de otras familias para entender que no están solos; toman cada cosa a un tiempo y se preparan con conocimiento para el futuro.

Los cuidadores aprenden a distribuirse las tareas y las cargas: conocen los recursos disponibles; son escuchados en sus propios sentimientos; desarrollan metas razonables; aprenden a vivir el problema de cada día; están alerta a sus propias señales de depresión o ansiedad; están más pendientes de sí mismos, de

sus necesidades de ejercicio, comida y sueño; mantienen sus aficiones y recreación para ventilar su frustración; mantienen el sentido del humor; buscan soporte y consejo cuando lo necesitan.

Alteraciones psiquiátricas asociadas al SIDA*

Estos pacientes presentan un riesgo de suicidio 20 a 30 veces más que en la población general asociado a depresión severa. También se han visto episodios de exaltación afectiva. Los episodios psicóticos con delirios y alucinaciones son más frecuentes al avanzar la enfermedad y están asociados al complejo demencia SIDA que es un proceso de predominio subcortical donde predominan los déficit en los procesos de información y los cambios de personalidad sobre los defectos afásicos, apráxicos y agnósicos.

Asociado a múltiples factores médicos tales como sobreinfección, glucocorticoides, antivirales, y al mismo virus del SIDA pueden presentarse episodios de delirium.

Enfermedades del sistema extrapiramidal

Enfermedad de Parkinson

Demencia

Hay similitud entre las alteraciones cognoscitivas del Parkinson y las encontradas en la demencia frontal. La alteración es más notoria con el avance de la enfermedad y se caracteriza por apatía, bradiquinesia y lentitud de las repuestas ante los estímulos externos (síndrome abúlico).

Hay alteraciones visoespaciales, apraxia construccional y fallas de memoria. También alteraciones en el reconocimiento facial y síntesis visual. Un cinco por ciento desarrolla enfermedad de Alzheimer.

Pacientes con parkinsonismo y alteraciones cognoscitivas severas pueden ser diagnosticados como enfermedad por cuerpos de Levy difusos, entidad en la cual los cuerpos de Levy también están en la corteza cerebral.

Depresión

Cuarenta por ciento desarrollan depresión, 20% con características de depresión mayor y 20% con características neuróticas. La selegilina, un IMAO B selectivo es útil en el tratamiento de los síntomas motores de la depresión asociada.

Otros antidepresivos útiles son la reboxetina, (inhibidor de la recaptación de noradrenalina) y el bupropión, (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y dopamina). Los tricíclicos pueden por su efecto anticolinérgico aumentar la confusión y desencadenar episodios alucinatorios. Los ISRS aumentan los síntomas extrapiramidales.

Otras alteraciones

Las alucinaciones visuales sobre todo en la noche se asocian al uso de anticolinérgicos. Si se necesita un neuroléptico la clozapina a dosis mínimas

tales como 6,25 mg noche es suficiente. La ansiedad y los ataques de pánico también son frecuentes. Una benzodiacepina como alprazolam, 0,125 mg cada 8 o cada 12 horas es útil.

Parkinsonismo secundario*

Aunque el parkinsonismo puede deberse a trastornos metabólicos (hipoparatiroidismo, xantomatosis cerebrotendinosa), infecciones Creutzfeldt Jakob, neurosífilis, brucelosis, toxoplasmosis, tuberculoma mesencefálico), vascular, tumores, (frontales, del tercer ventrículo y tronco), hidrocefalia de presión normal (síndrome de Hakim-Adams), trauma craneano y demencia pugilística. Los fármacos son la causa más frecuente de extrapiramidalismo: neurolépticos, ISRS, flunarizina, trazodona, amiodarona, amisulpiride, sulpiride, cleboprida, metoclopramida y fenitoína.

Síndromes parkinsonianos

Parálisis supranuclear progresiva (enfermedad de Steele-Richardson-Olzewski). Se inicia a los 60 años y produce un deterioro cognoscitivo de predominio subcortical. La tomografía por emisión de positrones muestra hipometabolismo frontal.

Enfermedad de Wilson

Las manifestaciones neuropsiquiátricas muchas veces preceden al temblor, la rigidez y el anillo corneal típico.

Se caracterizan por cambios de ánimo e irritabilidad. El deterioro intelectual avanza paralelo al progreso de la enfermedad. Se han descrito cuadros esquizomorfos, maniformes y depresivos. En los niños las psicosis son hebefreno catatónicas, y en los adultos paranoides.

Síndromes discinéticos

Corea de Huntington

Las alteraciones psiquiátricas a veces son tan importantes que dominan el cuadro clínico y pueden ser anteriores a las manifestaciones neurológicas. Las alteraciones de la personalidad pueden ser la primera manifestación de la enfermedad. El paciente se vuelve negligente, irascible y apático. Pueden aparecer síntomas psicóticos, paranoides o depresivos, precediendo a los movimientos coreicos. La demencia es de aparición insidiosa marcada por la disminución en el rendimiento laboral y en las actividades de la vida diaria. La memoria está más respetada porque hay menor afectación de las áreas límbicas. La desorientación es más tardía y la demencia es de tipo subcortical.

La depresión se observa en la mitad de los pacientes, puede ser grave, psicótica, con delirio. Treinta por ciento intenta suicidarse.

Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central

Esclerosis múltiple*

Las alteraciones mentales más comunes son el deterioro cognoscitivo especialmente los déficit de memoria, los trastornos afectivos como la depresión y la manía y con menor frecuencia los trastornos esquizomorfos. Son importantes los factores psicológicos como disparadores de nuevos brotes de esclerosis múltiple.

Deterioro Cognoscitivo

El deterioro se correlaciona con la duración de la enfermedad y con el grado de alteración física, también con alteraciones en la resonancia magnética y atrofia del cuerpo caloso. Las funciones más afectadas suelen ser la memoria y el razonamiento abstracto.

Depresión

Se correlaciona con la presencia de placas desmielinizantes en áreas temporales. El sesenta y tres por ciento de los pacientes presenta periodos de euforia (una alegría fuera de contexto para el estado del paciente). Esta euforia es un signo de deterioro intelectual, se ha correlacionado con lesiones frontales, en ganglios basales y sistema límbico junto con ensanchamiento de los ventrículos en la resonancia magnética.

El uso de antidepresivos puede precipitar episodios de manía, deben preferirse los de vida media corta como el bupropión y la paroxetina.

Trastornos psicóticos

Pueden preceder o acompañar a la enfermedad. Las psicosis esquizomorfos son más raras que las afectivas.

Trastornos de la personalidad

En relación al deterioro cognoscitivo pueden acentuarse ciertas características de personalidad sobre todo aquellas relacionadas con excesiva necesidad de afecto, deseo de gustar y ser aprobado.

Bibliografía

- **Borod JC, Koff E, Caron HS.** Right and left hemispheric specialization for the expression and appreciation of emotion. In: Precman E, ed. Cognitive processing in the right hemisphere. New York: Academic Press; 1982:83-110.
- **Bruton CJ.** Epilepsy psychosis and schizophrenia: clinical and neuropathologic correlations. *Neurology* 1994; 44:34-42.
- **Galhofer B, Trimble M.** A study of cerebral blood flow and metabolism in epileptic psychosis using positron emission tomography and oxygen. *J Neurol Neurosurg Psych* 1985; 48: 201-206.
- **Graff R, Biller JJ.** Behavioral neurology and stroke. *Psych Clin North Am* 1992; 15: 415-426.
- **Hay J.** Alzheimers and dementia: questions you have...answers you need. Allentown Pennsylvania: Peoples Medical Society; 1996: 99-164.
- Levine Glenn. Pocket guide to commonly prescribed

- drugs. Stamford Connecticut: Appleton and Lange; 1999: 115-286.
- **Maricle RA.** Psychiatric disorders in Huntington Disease. In: Stoudemire A, Fogel BS, eds, *Medical Psychiatric Practice*. Washington: American Psychiatric Press; 1993: 471-512.
 - **Marzuc PM, Tierney H.** Increased Risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 1998; 259: 1333-1337.
 - **McAllister TW.** Neuropsychiatric sequelae of head injuries. *Psych Clin North Am* 1992; 15: 395-413.
 - **Murray TJ.** Aspectos psicosociales de la esclerosis múltiple. *Clin Neurol Norte Am* 1995; 1: 197-222.
 - **Pirozolo F, Swihart A.** Cognitive Impairments associated with Parkinson disease. In: Jankovic J, Tolosa E, eds. *Parkinson disease and movement disorders*. Baltimore: Williams and Willkins; 1993: 493-510.
 - **Ring HA, Trimble MR, Costa DC.** Striatal Dopamine Receptor Binding in Epileptic Psychosis. *Biol Psych* 1994; 35: 375-380.
 - **Roberts GW, Done DJ.** Temporal Lobe Epilepsy and Schizophrenia like Psychosis. *J Biol Psych* 1990; 28: 127-143.
 - **Sachdev P.** Schizophrenia like Psychosis and Epilepsy. The status of the Association. *Am J Psych* 1998; 155: 326-336.
 - **Silver JM, Hales RE.** Psychiatric consultation to Neurology. In: Tasman A, Goldfinger SM, eds. *Review of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1990: 433-465.
 - **Stevens JR.** Epilepsy and Psychosis: Neuropathological Studies of six Cases. In: *Aspects of Epilepsy and Psychiatry*. Edited by Trimble Song; 1986: 117-146.
 - **Slater E, Beard A.** The Schizophrenia like Psychosis of Epilepsy. *Br J Psych* 1963; 109: 95-150.
 - **Stevens JR.** Clozapine Seizures and Psychosis. *Biol Psych* 1995; 37: 425-426.
 - **Skuster DZ, Digre KB.** Neurologic Conditions Presenting as Psychiatric Disorders. *Psych Clin North Am* 1992; 15: 311-333.
 - **Stewart W, Bresslau N.** Comorbidity of Migraine and Panic Disorder. *Neurology* 1994; 44 (supl. 7): 23-27.
 - **Torres S, Ferrer L.** Trastornos Psiquiátricos en Enfermedades Neurológicas. En: Rojo José, Cirera Esteve, eds. *Interconsulta psiquiátrica*; 1999: 153-174.
 - **Wolf P.** The Clinical Syndromes of Forced Normalization. *J Neurol Psych* 1984; 38: 187-192.