

Repercusiones funcionales y legales de un trastorno orgánico de la personalidad tras un infarto cerebral

Functional and legal repercussions of an Organic personality disorder following a stroke

Resumen

El trastorno orgánico de la personalidad supone una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbido, afectando particularmente a la expresión de las emociones, necesidades e impulsos. Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad que, tras padecer un infarto cerebral, presentó una transformación de su personalidad y de sus valores previos. Anteriormente era una persona con múltiples miedos, cuidadosa, metódica en su vida diaria. Tras el infarto comenzó a presentar conductas de provocación y una mayor desinhibición e impulsividad, menor tolerancia a la frustración, así como mínima capacidad de planificación y resolución de problemas. Además, fue incapaz de conservar ningún trabajo y perdió las relaciones sociales. Se realizaron estudios de imagen (tomografía computarizada [TC] y resonancia magnética [RM]), electroencefalograma (EEG) y una evaluación neuropsicológica. Los resultados obtenidos son compatibles con un trastorno orgánico de la personalidad subtipo desinhibido, caracterizado clínicamente por la tendencia a la labilidad emocional, la desinhibición conductual y la falta de control de impulsos. El trastorno orgánico de la personalidad es una afectación crónica e irreversible que está influyendo en la capacidad de autogobierno de la paciente, y por ello deben valorarse los aspectos psiquiátrico-forenses pertinentes.

Palabras clave: Evaluación neuropsicológica. Infarto cerebral. Marcador somático. Síndrome disejecutivo. Trastorno orgánico de la personalidad.

Abstract

The organic personality disorder causes a significant alteration of the habitual patterns of behavior displayed by the subject premorbidly, involving the expression of emotions, needs and impulses. We report the case of a 49-year-old woman who, after suffering a cerebral infarction, presented a transformation of her personality traits and previous values. She was previously a person with multiple fears, careful, methodical in her daily life. After the cerebral infarction she began to present conducts of provocation and major disinhibition, impulsiveness, minor tolerance to the frustration, minimal capacity of planning and resolution of problems. In addition, she was unable to preserve any work and lost the social relationships. Neuroimaging studies (CT, MR), EEG and a neuropsychological assessment were conducted. The obtained results are compatible with an Organic Personality Disorder disinhibited subtype, clinically characterized by emotional lability, disinhibited behavior and lack of impulses control. The organic personality disorder is a chronic irreversible disease that is affecting the self-government patient's ability and therefore relevant forensic psychiatric aspects must be assessed.

Key words: Neuropsychological assessment. Cerebral infarction somatic marker. Dysexecutive syndrome. Organic personality disorder.

R. Ruiz-Ruiz¹
V. Basterra-Gortari²

¹Psicóloga Clínica. Complejo Hospitalario de Navarra. Psiquiatría, sección "B" de Psiquiatría. Pamplona.
²Psiquiatra. Complejo Hospitalario de Navarra. Psiquiatría, sección "B" de Psiquiatría. Pamplona.

Correspondencia:
Raquel Ruiz Ruiz
E-mail: raquel.ruiz.ruiz@navarra.es

Fecha de recepción:
20.ENE.2015

Fecha de aceptación:
18.OCT.2015

Introducción

Los “cambios o alteraciones de personalidad”, que representan una de las secuelas neuropsiquiátricas más frecuentes y persistentes tras sufrir una lesión cerebral, pueden cursar con importante repercusión personal, familiar, social y laboral. En concreto, el trastorno orgánico de la personalidad (TOP) se caracteriza por una alteración significativa del comportamiento premórbido (personalidad). Esta alteración perturba, de un modo particular, la expresión de emociones, necesidades e impulsos. Además, los procesos cognoscitivos pueden estar afectados, en especial o incluso exclusivamente, en el área de la planificación de la actividad y en la previsión de probables consecuencias.

Lesiones en la corteza prefrontal pueden conllevar una afectación de las funciones ejecutivas (conjunto de habilidades implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, sobre todo aquellos que requieren un abordaje novedoso y creativo^{1,2}). Estas funciones ejecutivas se deterioran marcadamente en lesiones que afectan a la corteza frontal³, siendo los componentes más afectados la planificación, la monitorización, la memoria de trabajo, la flexibilidad y la inhibición. Por ello, la corteza frontal se considera el principal sustrato neuroanatómico de estas habilidades. En este sentido, como mínimo son tres las zonas en las que conviene dividir el córtex prefrontal: *dorsolateral* (implicada en el razonamiento y la formación de conceptos, la generación de acciones voluntarias y el

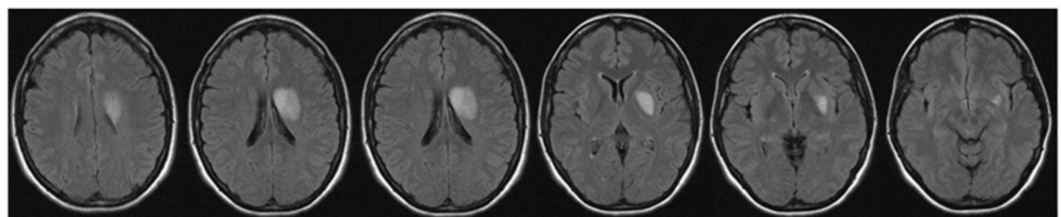
proceso de la memoria de trabajo; puede evaluarse mediante tareas como la Torre de Hanoi, el test de palabras y colores de Stroop o el test de clasificación de cartas de Wisconsin^{4,5}), *orbitofrontal* (implicada en procesos emotivos y en la selección de objetivos) y *frontomedial* (permite la “curiosidad”/motivación, el interés y la iniciativa; puede evaluarse con pruebas de atención tipo Go/No Go y de atención sostenida). El córtex prefrontal mantiene íntimas conexiones con estructuras límbicas temporomediales y puede contribuir al proceso de la memoria declarativa.

Presentación del caso

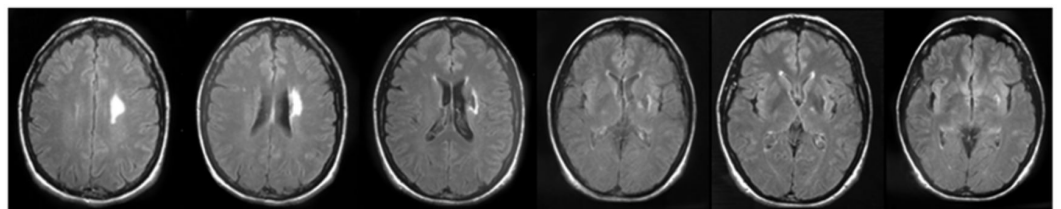
Mujer de 49 años de edad, separada, madre de familia. Antecedente, en 2003, de infarto cerebral de naturaleza embólica (durante una ablación coronaria con catéter por síndrome de Wolf-Parkinson-White), con posible hemorragia posterior. A los 2 meses del infarto se objetiva, en la RM, afectación del núcleo lenticular y la porción media del núcleo caudado izquierdo, y en menor grado de la rodilla de la cápsula interna (Figura 1). Además, en la tomografía por emisión de positrones (PET) se describe:

- Ausencia de metabolismo en el núcleo lenticular, la cola del cuerpo caloso y la región anteromedial talámica del hemisferio izquierdo.
- Asimetría en el metabolismo corticofrontal dorsolateral.
- Diasquisis cerebelosa contralateral.

Figura 1.
Resonancia magnética realizada a los 2 meses y 9 años después del ictus.



Neuroimagen a los 2 meses del ictus.



Neuroimagen 9 años después del ictus.

Previamente al infarto	Posteriormente al infarto
Rasgos de personalidad	
Múltiples miedos	No valora el riesgo ni el peligro en sus acciones
Cuidadosa	Anárquica, despreocupada
Metódica	Descuidada
Sumisa	Rebelde
Eutímica	Hipertímica
Control de las emociones	Labilidad emocional, irritabilidad, expansividad
Reflexiva	Impulsiva
Planificación y gestión económica	
Planificadora, previsible	Incapaz de planificar ninguna actividad
Obsesiva en el orden y la limpieza	Desorganizada en las tareas domésticas
Organizada en la gestión económica de la casa	Conductas de marcada prodigalidad
Funcionamiento social	
Sigue las convenciones y normas sociales	Ausencia de empatía, incorrecta interacción social
Rigidez en el cumplimiento de normas sociales	Desinhibición social
Casada, discreta e inhibida a nivel sexual	Separada y con conducta sexual desinhibida
Relaciones sociales estables	Abandono de la red social
Ritmos vitales	
Patrón alimentario adecuado y organizado	Desorganización en ingestas y horarios
Ritmo de sueño preservado	Insomnio

Tabla 1.
Comparativa, previa y posteriormente al infarto, de rasgos de personalidad y conductas.

Clínicamente presentó afasia motora y hemiplejía derecha, con posterior recuperación (salvo una ligera disartria residual). En la evolución se produjo un cambio conductual muy significativo, con cambios en su personalidad y valores previos (Tabla 1). Para poder evaluar los cambios se tuvo en cuenta la información aportada por los familiares, registros clínicos y jurídicos, y no sólo la información autorreferida por la paciente.

En la actualidad precisa ingreso hospitalario para contención de las alteraciones de la conducta y por riesgo de autoagresión, así como para realizar una evaluación diagnóstica. Durante ese proceso queda patente su patrón de funcionamiento habitual (Tabla 1).

En diversos estudios complementarios se descartó patología aguda:

- TC: lesión residual isquémica cápsulo-estriada izquierda.

- RM: infarto crónico capsular y de núcleo lenticular izquierdo con degeneración walleriana secundaria de la vía corticoespinal (Figura 1).
- EEG: sin anomalías específicas.
- Analítica sanguínea completa: normal.

En la evaluación neuropsicológica de capacidades ejecutivas superiores, en especial de procesos de planificación y resolución de problemas⁶ (Tabla 2), presenta un síndrome disejecutivo de localización prefrontal dorsolateral y orbitofrontal-ventromedial. Muestra dispersión de la atención, dificultad de comprensión, bloqueos, elevada interferencia cognitiva, impulsividad, ausencia de planificación, afectación de la memoria de trabajo y velocidad de procesamiento enlentecida. Mantiene un patrón rígido, perseverante, sin beneficiarse del aprendizaje y la repetición. Muestra dificultades en anticipar las consecuencias de sus actos y afectación del marcador somático que le impide valorar el riesgo de sus decisiones.

Tabla 2.
Protocolo de funciones
ejecutivas de Tirapu et al.⁶,
2005.

Función	Prueba
Bucle fonológico	Dígitos (escala de memoria de Weschler)
Agenda visoespacial	Localización espacial (escala de memoria de Weschler)
Sistema ejecutivo central o sistema atencional supervisor	
Codificación/mantenimiento	Paradigma de Sternberg
Mantenimiento/actualización	Paradigma N-back
Mantenimiento/manipulación	Letras y números (escala de memoria de Weschler)
Inhibición	Stroop Tareas Go-No Go
Alternancia de sets cognitivos	Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin
Planificación	Torre de Hanoi Mapa del zoo (BADS)
Toma de decisiones	Gambling-task

Discusión

El TOP se caracteriza por una afectación persistente que constituye un cambio en el patrón característico de la personalidad previa del individuo, que se acompaña de un malestar clínicamente significativo o un deterioro funcional importante en diversas áreas de funcionamiento (social, laboral y familiar). Además, debe haber evidencias de que la alteración de la personalidad es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección clínica (vascular, tumoral, neurológica, infecciosa, endocrina o autoinmunitaria)⁷. En función de la localización cerebral de la lesión y la consiguiente sintomatología predominantemente presentada, el TOP puede ser clasificado como de tipo lábil (predomina la labilidad emocional), desinhibido (caracterizado por insuficiente control de los impulsos), agresivo (en el que imperan las conductas de agresividad), apático (si fundamentalmente existe apatía e indiferencia marcada), paranoide (donde predominan la suspicacia e ideas paranoides), de otro tipo, no especificado o combinado.

En el caso de esta paciente, la clínica predominante se correspondería con el TOP de tipo desinhibido, caracterizado por la tendencia al llanto o risa exagerados, el emocionalismo, así como una pérdida en el control de impulsos (incapacidad de refrenar la expresión de ciertas conductas en sociedad; búsqueda de la satisfacción inmediata; euforia, intolerancia

a la frustración, irritabilidad y/o agresividad). Estas conductas reflejan lesiones de localización orbitofrontal. Sin embargo, tanto por la clínica (incapacidad de planificar ninguna actividad, desorganización en las tareas domésticas) como por la evaluación neuropsicológica (síndrome disejecutivo) se objetiva que la paciente presenta una clara afectación de las habilidades de planificación, iniciación y ejecución de una conducta espontánea y deliberada⁸⁻¹⁰, si bien esta no es la clínica predominante. Esta alteración sugiere la coexistencia de una lesión en la región dorsolateral cerebral.

Asimismo, la alteración que ha producido el infarto en el córtex prefrontal es la causante de que la paciente tome decisiones de riesgo, escasamente reflexionadas y desadaptativas, tanto para sus intereses como para los de sus allegados (irse de viaje repentinamente, donar grandes cantidades de dinero, etc.). En este sentido, la hipótesis del marcador somático postulada por Damasio¹¹ puede explicar la incapacidad que presenta la paciente para prever las consecuencias de sus actos y para aprender de las acciones pasadas. En condiciones normales, las respuestas surgidas de la anticipación de las posibles consecuencias de una elección tienen su origen en las reacciones emocionales surgidas en la toma de decisiones previas. Por tanto, los marcadores somáticos (cambio corporal vegetativo, muscular, neuroendocrino o neurofisiológico) reflejan un estado emocional y pueden proporcionar

señales inconscientes que preceden, facilitan y contribuyen a la toma de decisiones, especialmente en la conducta social, donde pueden darse situaciones de mayor incertidumbre^{12,13}. En caso de lesiones corticales prefrontales no se produce una adecuada regulación del marcador somático, y el paciente es incapaz de anticipar las posibles consecuencias de una elección.

La clínica, la neuropsicología y la neuroimagen son compatibles con un TOP que ha puesto en riesgo la estabilidad personal, socioeconómica y familiar de la paciente. Esta patología es crónica, limitante y poco modificable. En relación a la repercusión funcional (aproximación que supera a las aproximaciones diagnóstica y por desenlaces) que está generando este trastorno de la paciente en el contexto médico-legal, deben tenerse en cuenta principalmente dos ámbitos del derecho en los que presenta limitaciones:

- Por un lado, en el ámbito del derecho social. Tras el infarto, la paciente ha buscado trabajos de escaso nivel de cualificación que ha sido incapaz de mantener a pesar de haberse licenciado en Derecho en su etapa juvenil y haber sido capaz de desarrollar una actividad laboral cualificada. En este sentido, y teniendo en cuenta que el TOP es una lesión permanente y de carácter incapacitante en su ámbito laboral, la paciente sería susceptible de una incapacidad laboral permanente.
- Por otro lado, en el ámbito del derecho civil. La paciente tiene una limitación para ser titular de derechos y obligaciones, ya que el TOP le está impidiendo gobernarse por sí misma de manera adecuada. En este sentido, vamos a concretar cuál es el estado de las habilidades funcionales específicas del área objetada:
 - Área de vida independiente: en este sentido, la paciente es autónoma para las actividades básicas de la vida diaria, y aunque presenta ciertas dificultades para la ejecución de algunas actividades instrumentales (desor-

ganización en horarios, en patrón de sueño, en la realización de tareas domésticas) que dificultan parcialmente la dinámica familiar, podría responder adecuadamente a un mínimo control externo y a un programa de estructuración de tareas.

- Área económico-administrativo: la paciente ha presentado cierta autonomía en el manejo del dinero de bolsillo, pero ha tomado decisiones económicas de mayor entidad de forma imprudente o poco provechosa (p. ej., conductas de prodigalidad, rechazo a un aporte económico por parte del marido tras la separación a pesar de no tener trabajo) que están limitando la disponibilidad económica de la paciente y sus hijas de manera significativa.
- Área de la salud: en principio la paciente había rechazado un seguimiento de su estado de salud tras el ictus. En la actualidad está aceptando realizar una valoración clínica, la toma de tratamiento farmacológico y el seguimiento por parte de diversos profesionales.
- Área de transporte: la paciente es capaz de coger diferentes medios de transporte y, por su elevada impulsividad, se encuentra en riesgo de poder sufrir un accidente en el caso de que se le mantenga la licencia de conducir. Cabe señalar que la paciente ha llegado a abandonar el país de forma precipitada, no planificada, y en este sentido se considera necesario un mayor control para evitar situaciones de riesgo o fuga.
- Otras áreas: debe valorarse la necesidad de supervisión en cuanto a la capacidad de testar, en la capacidad de gestionar posibles bienes materiales que pueda recibir en herencia, así como en la toma de decisiones que afecten a su estado civil.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gilbert SJ, Burgess PW. Executive function. *Current Biology*. 2008;18(3):110-4.
2. Lezak MD. *Neuropsychological assesment*. New York: Oxford University Press; 2004.
3. Stuss DT, Levine B. Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Ann Rev Psychol*. 2002;53:401-33.
4. Lezak MD. *Neuropsychological assesment*. New York: Oxford University Press; 1995.
5. Bechara A, Damasio H, Damasio AR, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Brain*. 1994;50:7-15.
6. Tirapu-Ustárroz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C, Albéniz-Ferreras A. Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*. 2005;41(3):177-86.
7. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
8. Espinosa A, Alegret M, Boada M, Vinyes G, Valero S, Martínez-Lage O, et al. Ecological assessment of executive functions in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc*. 2009;15:751-7.
9. Verdejo-García A, Pérez-García M. Ecological assessment of executive functions in substance dependent individuals. *Drug Alcohol Depend*. 2007;90:48-55.
10. Verdejo-García A, Bechara A. Neuropsychology of executive functions. *Psicothema*. 2010;22(2):227-35.
11. Damasio AR. *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica; 1998.
12. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *Trends Cogn Sci*. 2005;9:159-62.
13. Bechara A, Damasio H. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*. 1997;275:1293-5.