

REVISTA DE NEURO - PSIQUIATRIA

Lima, Perú

Junio - Septiembre

T. LII. Nº 2-3

Revista de Neuro-Psiquiatría, 52: 81-88, 1989

LA CONSULTA PSIQUIATRICA EN NEUROLOGIA*

Por LUIS V. M. HUAPAYA **

RESUMEN

El autor estudia tres aspectos de la consulta psiquiátrica con pacientes neurológicos: 1. El Servicio de Neurología; 2. Las características de los pacientes y 3. La función del consultor. Se pone el énfasis sobre la prevalencia de los problemas psiquiátricos así como en la interpretación de las diferentes formas de asociación entre los síntomas psiquiátricos y neurológicos. Además del trabajo clínico, el consultor desempeña una función importante en la enseñanza y la investigación.

SUMMARY

The author examines three aspects of the psychiatric consultation with neurologic patients: 1. The Neurologic Service; 2. The patients' characteristics and 3. The function of the consultant. The prevalence of the psychiatric problems is emphasized, as well as the interpretation of the different forms in which psychiatric and neurologic symptoms are associated. In addition to clinical work, the consultant plays an important role in teaching and research.

PALABRAS-CLAVE: Consulta psiquiátrica, inter-consulta, neurología, problemas psiquiátricos, pacientes neurológicos.

KEY WORDS: Psychiatric consultation, consultation-liaison, neurology, psychiatric problems, neurologic patients.

* Versión modificada de un trabajo presentado a la 37ª Reunión Anual de la Asociación de Psiquiatras del Canadá. London, Ontario, Canadá, 16-18 de Septiembre de 1987.

** Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ottawa y Unidad Médico-Psiquiátrica (Servicio de Inter-consulta y Director de la Sección Externa), Ottawa General Hospital, Ottawa, Canadá.

La consulta psiquiátrica adquiere ciertas peculiaridades cuando el sujeto de la consulta es el paciente neurológico. Además de compartir las características que distinguen la inter-consulta de la clínica psiquiátrica general (7, 10), la intervención del psiquiatra en un servicio de Neurología tiene características propias que dependen del medio (incluyendo el personal del servicio), del tipo de pacientes y finalmente de la situación especial en que se encuentra el consultor, lo cual obliga al psiquiatra a desarrollar enfoques y planes apropiados para hacer frente al problema (8, 9).

En este trabajo vamos a examinar los tres aspectos mencionados:

1. Características del Servicio de Neurología.

Los neurólogos tienen conocimiento de las manifestaciones psiquiátricas secundarias a las enfermedades del Sistema Nervioso y se sienten confortables frente a manifestaciones como las alteraciones de la consciencia, las deficiencias cognoscitivas, los defectos del lenguaje y los trastornos perceptivos. Esto constituye una ventaja en comparación con la situación en otras especialidades médicas o quirúrgicas, donde generalmente el personal tiene una idea más o menos vaga de todos los trastornos psicológicos y no está acostumbrado a hacerles frente. Los médicos y enfermeras de un servicio de Neurología han desarrollado una tolerancia mejor frente a conductas desconcertantes como la agitación psicomotora y el lenguaje ofensivo o incomprensible. En consecuencia, es muy raro que una consulta psiquiátrica en el servicio neurológico sea determinada por las dificultades en el manejo de los pacientes (8).

Un problema importante en Neurología y Psiquiatría ha sido el diagnóstico diferencial entre ciertas manifestaciones psiquiátricas y lesiones neurológicas serias como tumores cerebrales, atrofia cerebral o esclerosis múltiple. En la actualidad el desarrollo de nuevas técnicas de imagenología del cerebro hace posible el diagnóstico temprano cuando el clínico sospecha que los síntomas psicológicos son manifestaciones de una enfermedad cerebral. Esto puede hasta cierto punto reducir la necesidad de ciertas consultas psiquiátricas.

Algunos servicios modernos de Neurología cuentan con el concurso de neuropsicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, ortofonistas y especialistas en rehabilitación, que se ocupan de diferentes aspectos del examen y el tratamiento. Cuando estas facilidades no existen, algunas de estas funciones como el examen neuropsicológico breve, deben ser asumidas por el psiquiatra consultor.

El general, los casos neurológicos referidos al psiquiatra son bien seleccionados y la competencia del psiquiatra es requerida para aclarar el diagnóstico, mejorar u orientar el tratamiento, aconsejar sobre el manejo de casos muy difíciles y evaluar ciertas dificultades en la rehabilitación.

Otros factores importantes que influyen la demanda por consultas psiquiátricas son: la importancia atribuida en el servicio a los efectos psicológicos de los medicamentos, el interés del neurólogo por los aspectos psicosociales de las enfermedades físicas y por la psicogénesis de ciertos síntomas de apariencia neurológica, y finalmente, la relación del consultor con el personal del servicio, esto es, el contacto personal que facilita la comunicación y comprensión mutas (8, 9).

A pesar de estos factores favorables, el número de casos referidos al psiquiatra no refleja la prevalencia de problemas psiquiátricos en un servicio neurológico (y lo mismo se aplica a otras especialidades) sino más bien las necesidades diagnósticas y problemas de tratamiento que ocurren en el servicio. Por ejemplo, se estima que entre 20% y 40% de los enfermos en general, tienen enfermedades psiquiátricas y otro 20% tienen problemas psicológicos que complican la enfermedad orgánica. Sin embargo, la consulta psiquiátrica es solicitada sólo entre el 1% y 8% de los casos (2). LIPOWSKI & KIRIAKOS encontraron que 38% de los pacientes admitidos en un hospital neurológico tenían además problemas psiquiátricos pero sólo 72 eran referidos al psiquiatra (8). BRIDGES & GOLDBERG encontraron en un servicio de pacientes neurológicos hospitalizados que la verdadera prevalencia de problemas psiquiátricos era de 39% excluyendo la demencia (1). SCHIFFER aplicó la "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS) a un grupo de 241 pacientes neurológicos (184 de consulta externa y 57 hospitalizados) y encontró que 42 (17.5%) tenían un problema que era primariamente psiquiátrico y 101 (41.9%) tenían suficiente patología psiquiátrica como para justificar un diagnóstico psiquiátrico siguiendo los criterios del DSM III. Sin embargo, la consulta psiquiátrica fue solicitada sólo en 8.9% de los 42 pacientes con un problema primariamente psiquiátrico (13). Estos estudios muestran pues que la prevalencia de problemas psiquiátricos en casos neurológicos es alrededor del 40%, pero la consulta psiquiátrica se solicita en aproximadamente 8% de los casos.

2. Características de los pacientes.

Las enfermedades del Sistema Nervioso constituyen una amenaza importante para la integridad psicológica de una persona. Ellas provocan una dificultad o incapacidad para integrar los datos de la experiencia y para relacionarse con el ambiente. El sentimiento de pérdida producido por el daño de ciertas funciones esenciales, conduce a reacciones de duelo y a la depresión (5, 9). La TABLA I muestra los diferentes tipos de pérdida experimentados por los pacientes neurológicos.

Además de los factores indicados en la TABLA I, mencionaremos el compromiso del juicio de la realidad producido por la confusión y el daño de las funciones perceptivas y cognoscitivas que conducen al delirio o a reacciones paranoides. En pacientes predispuestos, el sentimiento de pérdida de control, puede favorecer la aparición de fobias, síntomas obsesivo-compulsivos y ataques de angustia. Los fenómenos de conversión agregados o no a los síntomas neurológicos son relativamente frecuentes en especial en la epilepsia. Lo mismo se puede decir de los fenómenos disociativos. Los rasgos de la personalidad pueden acentuarse o volverse rígidos y pueden interferir con la adaptación a la enfermedad y la rehabilitación.

La familia también sufre una pérdida cuando uno de sus miembros padece una enfermedad neurológica seria y la interacción familiar se modifica para adaptarse a la nueva situación. Los cambios pueden ser positivos como una reacción de duelo normal, tolerancia y apoyo; o pueden ser negativos produciendo sentimiento de culpa, actitudes de negación de la enfermedad y proyección de la culpa sobre los otros. El resultado puede ser sobre-protección, abandono o rechazo del paciente, y acusaciones contra los médicos,

TABLA I

 PERDIDAS OCASIONADAS POR LAS LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

1. Funciones perceptivas (anestiasias, ceguera, sordera)
 2. Funciones motoras (parálisis, temblores)
 3. Coordinación (ataxias)
 4. Control esfinteriano (incontinencia)
 5. Funciones sexuales (impotencia)
 6. Organización del sistema de referencias (desorientación)
 7. Funciones de la comunicación (disartria, afasias, agnosias)
 8. Capacidad intelectual y memoria (demencias, amnesias)
 9. Organización del nivel de la conciencia, de los pensamientos y de las imágenes (confusión mental)
 10. Modificaciones en los componentes afectivos y cognoscitivos de la imagen corporal (agnosia digital, desorientación derecha-izquierda, autotopoagnosia, anosognosia)
-

enfermeras y hospitales. La falta de cooperación puede requerir la intervención terapéutica sobre la familia. Lo mismo ocurre si la reacción de duelo es muy intensa y otros miembros de la familia muestran ansiedad severa o depresión (5, 11).

3. La función del consultor.

LIPOWSKI ha definido tres funciones importantes del psiquiatra consultor en un hospital general: actividad clínica, enseñanza e investigación (10).

El aspecto clínico comprende el diagnóstico y el tratamiento. Los problemas psiquiátricos encontrados en un servicio de Neurología son muy variados. Ellos pueden representar una reacción psicológica frente a las deficiencias de funciones esenciales o ser una manifestación más directa de la lesión cerebral, pero a veces los síntomas aparentemente neurológicos son el resultado de trastornos emocionales sin lesión orgánica. Hay dos grupos de desórdenes psicológicos que merecen ser examinados con más detalle debido a su ocurrencia frecuente en enfermos con trastornos neurológicos: los estados depresivos y los fenómenos de conversión.

La prevalencia de la depresión en la práctica médica general se estima entre el 12% y el 32% (14). LIPOWSKI & KIRIAKOS (8) encontraron una prevalencia de 30.5% en el Instituto Neurológico de Montreal. Cuando se trata de la depresión que sigue a un ataque apoplético la prevalencia es mayor. Se estima que durante las primeras semanas que siguen al ataque cerebral, la depresión se presenta entre el 22% y el 65% de los casos y después de 7 á 12 meses el 65% de los pacientes está deprimido (12). La etiología de la depresión post-

apoplética parece ser debida menos a factores psicológicos que a la localización de la lesión, al menos en 50% de los casos (12). Estudios con las técnicas computarizadas de imagenología sugieren que la severidad de la depresión puede estar relacionada con lesiones del polo frontal izquierdo y lesiones posteriores del hemisferio también derecho. Otros estudios también dan importancia a alteraciones del hemisferio cerebral derecho (12).

La prevalencia de los fenómenos de conversión se ha estimado que varía entre el 5% y el 13% en un hospital general. Entre el 20% y el 62.5% de los pacientes con síntomas de conversión, tienen una enfermedad neurológica concomitante (3). En otros estudios, 20% a 25% de los pacientes admitidos a un hospital general tienen síntomas de conversión (8). LIPOWSKI encontró que el 16% de los casos referidos en consulta psiquiátrica en el Instituto Neurológico de Montreal, tenían síntomas de conversión (9). La forma más común de fenómenos de conversión está constituida por las crisis epileptiformes psicógenas (8) y el autor de este trabajo tiene la misma impresión de su práctica como consultor psiquiátrico en la División de Neurología del Hospital General de Ottawa. En estos casos, los síntomas de conversión motores se acompañan con frecuencia de fenómenos disociativos.

Otros problemas que encuentra el psiquiatra son los síndromes dolorosos crónicos, incluyendo el dolor facial atípico, las migrañas y las cefaleas de tensión. Las manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia, de la esclerosis múltiple y del alcoholismo constituyen otros grupos de problemas encontrados durante la consulta, así como diferentes tipos de amnesia, demencias, síndromes post-apopléticos y efectos secundarios de drogas que actúan sobre el Sistema Nervioso Central. La Parálisis General es más rara que antes, pero las manifestaciones neuropsiquiátricas del SIDA empiezan a ser reconocidas con más frecuencia. La coincidencia de psicosis, neurosis y trastornos de la personalidad, con las enfermedades neurológicas, es causa frecuente de consulta psiquiátrica, especialmente cuando estos desórdenes interfieren con el tratamiento y la rehabilitación.

Más importante que el reconocimiento de los síntomas y síndromes es su interpretación, ya que la asociación de manifestaciones psiquiátricas y neurológicas en el mismo paciente comprende muchas posibilidades, cada una de las cuales requiere diferentes enfoques diagnósticos y terapéuticos (6). La TABLA II muestra las diversas situaciones clínicas que requieren un estudio cuidadoso para evitar generalizaciones fáciles y perjudiciales.

El tratamiento de estos casos incluye la farmacoterapia y diversas intervenciones psicoterapéuticas y sociales. Debido a la condición física precaria o la edad avanzada de muchos de estos pacientes, es prudente comenzar con dosis pequeñas de medicamentos psicotrópicos y la dosis se debe aumentar gradualmente. El personal del servicio debe conocer los efectos secundarios tales como la hipotensión postural o las reacciones extrapiramidales (5, 14).

Las psicoterapias de apoyo y de crisis pueden efectuarse durante la hospitalización. La psicoterapia de orientación analítica está indicada en algunos casos y generalmente se efectúa en la consulta externa. La terapia familiar puede comenzar durante la hospitalización, así como la terapia de la conducta. El hipnotismo y las entrevistas bajo inyección de barbitúricos (amital sódico) se emplean para explorar experiencias olvidadas en casos de conversión o disociación o para producir la distensión muscular y emocional. La terapia de grupo es útil durante la rehabilitación (5).

TABLA II

 INTERPRETACION DE LA ASOCIACION ENTRE LOS SINTOMAS
 PSIQUIATRICOS Y NEUROLOGICOS

1. Fenómenos psicológicos que SIMULAN enfermedades neurológicas (equivalentes depresivos, fenómenos de conversión y disociación, síntomas ficticios)
 2. Enfermedad cerebral con síntomas psicológicos (demencia, delirio, afasias, agnosias, etc.)
 3. Trastornos psicológicos posiblemente INDUCIDOS por la patología cerebral (psicosis asociadas con tumores cerebrales, patología del lóbulo temporal, encefalitis, depresión post-apoplética, etc.)
 4. Reacciones psicológicas SOBREPUESTAS a una enfermedad neurológica real (depresión, fenómenos de conversión o disociativos que complican las enfermedades neurológicas (depresión, fenómenos de conversión o disociativos que complican las enfermedades neurológicas)
 5. Enfermedad psiquiátrica COINCIDENTE con una enfermedad neurológica (esquizofrenia, neurosis, etc.)
 6. Factores psicológicos que AGRAVAN los síntomas neurológicos (exageración del dolor o de las deficiencias motoras en personas deprimidas, ansiosas, desconfiadas, resentidas o dependientes)
 7. Factores psicológicos en INTERACCION con procesos fisiológicos (síndrome de hiperventilación, migraña, cefalea de tensión)
 8. Síntomas neurológicos o psiquiátricos provocados por el EFECTO DE DROGAS sobre el cerebro (intoxicaciones y efectos secundarios de drogas prescritas o de uso ilegal)
-

La función del consultor en la enseñanza no necesita consistir en dar clases o presentaciones clínicas (aunque esto último puede ser útil). Es a través del informe escrito que el consultor comunica sus conocimientos y educa a los colegas y estudiantes que van a leerlo. El informe debe ser claro, preciso y debe evitar detalles innecesarios, pero sobre todo debe evitar la "jerga" especializada que frecuentemente es producto de escuela y se presta a interpretaciones equivocadas (4, 7). El contacto personal con el médico que ha pedido la consulta, así como con los residentes, estudiantes, enfermeras y trabajadores sociales implicados en el caso, da oportunidad para transmitir conocimientos y conceptos sobre la clínica psiquiátrica, la psicodinámica, la psicofarmacología, las interacciones familiares y otras influencias del ambiente pertinentes al caso. Cuando el psiquiatra participa en la visita del servicio, las conferencias y las presentaciones clínicas, hay muchas oportunidades para expresar opiniones, clarificar conceptos e intercambiar experiencias (7, 9). Si el consultor tiene un conocimiento apropiado de la Medicina Interna, la Neurología y la Neurofisiología, la comunicación con los colegas neurólogos y sus estudiantes se facilita enormemente.

La función del consultor en la investigación depende mucho de su interés, del tiempo disponible, las facilidades del hospital y el grado de colaboración que pueda existir con los colegas del servicio y los otros psiquiatras interesados en la interconsulta.

Hay muchas áreas fértiles para la investigación clínica y aquí mencionaremos sólo algunas como ejemplo:

- Las manifestaciones psiquiátricas de la epilepsia y las correlaciones electroencefalográficas y bioquímicas.

- Las manifestaciones psiquiátricas de la esclerosis en placas y los problemas de diagnóstico diferencial.

- Los síndromes dolorosos crónicos y sus aspectos psicodinámicos, sociales y fisiológicos.

- Los estados de conversión y discociativos que simulan una enfermedad neurológica o complican una ya existente (aspectos clínicos, epidemiológicos, psicodinámicos, familiares y neurofisiológicos).

- La prevalencia de los diversos desórdenes psicológicos y enfermedades psiquiátricas en los pacientes de un servicio de Neurología.

- El empleo de técnicas especializadas como el hipnotismo, el "bio-feedback", las terapias cognoscitiva y de la conducta, para tratar síntomas neurológicos orgánicos.

Considerando los avances de los últimos años en la Psiquiatría Biológica, la Neuro-psiquiatría y la Inter-consulta psiquiátrica, una colaboración más estrecha entre neurólogos y psiquiatras será benéfica para ambas especialidades.

RESUME

L'auteur examine trois aspects de la consultation psychiatrique avec les patients neurologiques: 1. Le service de Neurologie; 2. Les caractéristiques des patients et 3. La fonction du consultant. On met l'emphasis sur la fréquence des problèmes psychiatriques ainsi que sur l'interprétation des formes différentes d'association entre les symptômes psychiatriques et neurologiques. En plus de l'aspect clinique, le consultant joue un rôle important dans l'enseignement et la recherche.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden die drei Aspekte der psychiatrischen Konsultation bei neurologischen Patient untersucht. Die Verfasser behaupten, daß die Beziehung zwischen psychiatrischen and neurologischen Patienten sehr erwähnenswert sei. Der Facharzt praktiziert sowohl als Akademiker als auch als Forscher.

BIBLIOGRAFIA

1. BRIDGES, K.W. & GOLDBERG, D.P. (1984): "Psychiatric illness in Inpatients with Neurologic Disorders: Patient's views on discussion of Emotional Problems with

Neurologists", *Br. Med. J.*, 289: 656-658.- 2. COHEN-COLE, S.A. (1986): "Consultation Psychiatry: A Practical Guide". In *Consultation-Liaison Psychiatry and Behavioral Medici-*

- ne, J.L. HOUPT & H.K.H. BRODIE (Eds.), J.B. Lippincott Co., Philadelphia.- 3. FORD, C.V. (1986): "The Somatoform Disorders". In *Consultation-Liaison Psychiatry and Behavioral Medicine*, J.L. HOUPT & H.K.H. BRODIE (Eds.), J.B. Lippincott Co., Philadelphia.- 4. GARRICK, T.R. & STOTLAND, N.L. (1982): "How to write a Psychiatric Consultation", *Am.J.Psychiatry*, 139:849-855.- 5. GOODSTEIN, R.K. (1983): "Overview: Cerebrovascular Accident and the Hospitalized Elderly", *Am.J. Psychiatry*, 140:141-147.- 6. HUAPAYA, V.M. (1988): "Interpreting the Association of Psychiatric and Neurological Symptoms", *Annals RCPSC*, 21:237-240.- 7. KRAKOWSKI, A.J. (1977): "The Process of Consultation". In *Psychosomatic Medicine. Its Clinical Applications*, E.D. WITTKOWER & H. WARNES (Eds.), Harper & Row Publishers Inc., Hagerstown, Maryland.- 8. LIPOWSKI Z.J. & KIRIAKOS R.Z. (1972): "Borderlands between Neurology and Psychiatry: Observations in a Neurological Hospital", *Psychiatry in Medicine*, 31:131-147.- 9. LIPOWSKI, Z.J. (1972): "Psychiatric Liaison with Neurology and Neurosurgery", *Am.J. Psychiatry*, 129:136-140.- 10. LIPOWSKI, Z.J. (1974): "Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview", *Am.J.Psychiatry*, 131:623-630.- 11. MELGES, F.T. (1986): "Family Approaches to Health and Disease". In *Consultation-Liaison Psychiatry and Behavioral Medicine*, J.L. HOUPT & H.K.H. BRODIE (Eds.) J.B. Lippincott C., Philadelphia.- 12. PRIMEAU, F. (1988): "Post-stroke Depression: A Critical Review of the Literature", *Can. J. Psychiatry*, 33:757-765.- 13.- SCHIFFER, R.B. (1983): "Psychiatric Aspects of Clinical Neurology", *Am.J.Psychiatry*, 140:205-207.- 14.- STOUDEMIRE, A. (1986): "Depression in the Medically Ill". In *Consultation-Liaison Psychiatry and Behavioral Medicine* J.L. HOUPT & H.K.H. BRODIE (Eds.), J.B. Lippincott C., Philadelphia.