

First International Congress on Neuropsychology in Internet



Uniting horizons in Neuropsychology



<http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/npsy/nps02.html>

Noviembre 1 a diciembre 15 de 1999

ALUCINACIONES EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

(PSEUDOHALLUCINATIONS ON PTSD: A CASE REPORT)

COMMUNICATION
TOPIC: NEUROPSYCHIATRY

Authors:

Bernal Glez-Villegas, M., Romero Sánchez, R. & Núñez de Arco, J.

E-Mail: jorge@nunezdearco.net

Abstract

Objetive: This study reflect on hypotheses concerning the B criteria for the diagnostic category of posttraumatic stress disorder (PTSD) in DSM-IV. Generally, the emphasis in diagnosing PTSD has been on life-threatening external events, and how the patients reliving the traumatic event persistently. However, there are undiagnosed those cases with masked symptoms with another psychological and neuropsychological disturbs.

Method: We described a 42 years old woman who met DSM-IV symptom criteria for PTSD following mild TBI, except, not obviously at least, B criterion (intrusive thoughts and recurring memories of the traumatic event). Neuropsychological and Personality tests was applied in view of the behavioral changes, severity of disordered mood and arousal and a cognitive impaired.

Results: There was clear alterations in attention, concentration, memory, executives functions, as well as global amnesic from traumatic event. The patient's symptoms was: depression, hyperalerness, tendency to tire easily, hypersensitive to light and noise, visual, olfactory and auditory illusions.

Conclusions: Amnesia for the traumatic event makes impossible for the patient to have experiencing the emotion associated, phobic or avoidance reactions, or intrusive recollection of details of the event as a B criterion record. Therefore, we think about another way of re-experience traumatic event: a "implicit memory" as a kind of unintentional and unawareness memories.

Resumen

Objetivo: Este estudio reflexiona, a propósito de un caso, sobre posibles hipótesis concernientes al criterio B para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático (PTSD) establecido por el DSM-IV. Generalmente el énfasis en diagnosticar este trastorno ha sido cuando la vida del paciente se encuentra amenazada por eventos externos y éstos son revividos de forma persistente, pero no son diagnosticados aquellos en los que los síntomas del PTSD son enmascarados con otras secuelas psicológicas y neuropsicológicas.

Método: Se describe el cuadro de una paciente que cumple todos los criterios para establecer un diagnóstico de PTSD tras un Traumatismo Craneoencefálico Leve excepto, aparentemente o al menos no de forma obvia, aquél que se refiere a las situaciones de re-experimentación de acontecimientos que tienen que ver con la situación traumática. Se aplican pruebas de personalidad y pruebas neuropsicológicas, dada la situación de déficits cognitivos y el cambio en los patrones habituales de conducta.

Resultados: Las pruebas arrojan resultados de claras alteraciones en la atención y concentración, memoria, funciones ejecutivas, así como amnesia total de la situación traumática. La paciente presenta depresión, alucinaciones tanto visuales como auditivas y olfativas, una exagerada respuesta de sobresalto, fatigabilidad, hipersensibilidad a la luz y al ruido.

Conclusiones: Dada la incapacidad de la paciente para recordar el acontecimiento, no se manifiesta de forma obvia las situaciones de reviviscencias, pensamientos intrusivos o conductas de evitación de aspectos relacionados con el trauma, que se recogen en el criterio B. Por ello, se reflexiona sobre otro modo de revivir la experiencia, bajo una forma de "memoria implícita", como un tipo de recuerdo no intencionado y no consciente.

INTRODUCCION

A propósito de un caso, se plantean posibles hipótesis concernientes a la utilización del criterio B para el diagnóstico de Trastorno por estrés posttraumático (PTSD) establecido por el DSM-IV y sus exigencias para el encuadre diagnóstico y la posibilidad de aceptar dicho diagnóstico cuando los síntomas del PTSD son enmascarados con otras secuelas psicológicas (Chemtob, C.M.; Herriott, M.G.; 1994) y neuropsicológicas no permitiendo ser revividos de forma persistente, los eventos externos que han causado una amenaza de su vida.

Si no que son vividos con la presencia de una forma disociativa, es decir una forma adaptativa que como sugiere Shalev et al. (1996) sería una reacción normal al trauma.

DSM IV

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback,...)

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

MÉTODO:

Se analiza el caso de una mujer de 47 años de edad, casada y madre de dos hijos de 18 y 15 años, con una historia laboral, social y familiar normalizada.

Tras haber sufrido un asalto en la calle (tirón de bolso) cuando se dirigía al trabajo, fue diagnosticada de TCE grado I con herida en región fronto-temporal derecha. Presentó amnesia posttraumática de 35-45 minutos aproximadamente, cefalea y náuseas. La exploración clínica neurológica resultó sin hallazgos. El EEG y la TAC realizados dos y cuatro meses después, respectivamente, no presentaron anomalías. El cuadro clínico se caracterizó por tristeza, llanto fácil, miedos, distraibilidad, sensación de mareo y vértigo, que se acentúan cuando se encuentra en sitios públicos, cuando hay ruido y movimiento a su alrededor. Fue remitida a psiquiatría, y siguió tratamiento farmacológico durante cuatro meses, con antidepresivo y ansiolítico, sin respuesta. Posteriormente acude para valoración y tratamiento neuropsicológico. El trastorno va acompañado por un deterioro cognitivo objetivado con las siguientes pruebas neuropsicológicas y de personalidad: Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin, Test de Stroop,

Figura Compleja de Rey, Test de Inteligencia General WAIS, Test de Laberintos de Porteus, Inventario de Depresión de Beck y Cuestionario de personalidad MMPI.

RESULTADOS:

La paciente presenta amnesia total del acontecimiento traumático. No recuerda que fue asaltada, y golpeada contra el suelo, no recuerda el momento ni la calle donde ocurrió.

Sin embargo, hay un cuadro claro de trastorno por estrés postraumático, evidenciado por un profundo cambio neurocomportamental que le impide realizar el 90% de sus actividades cotidianas: aumento arousal, irritabilidad, hipervigilancia e hipersensibilidad a estímulos externos e internos; presenta un perfil de personalidad (**tabla 1**) en el que destacan: síntomas depresivos, signos psicóticos, alucinaciones visuales, preocupaciones somáticas, introversión social y baja autoestima. En cuanto a los déficits cognitivos, se aprecia deterioro en memoria, tanto verbal como visual y en las funciones ejecutivas.

CONCLUSIONES:

Horowitz (1976) refiere que el procesamiento incompleto de la información relacionada con el trauma da como resultado una forma de información *residual* que queda en la memoria, fuera del conocimiento consciente.

La red de memoria contiene no sólo información de los estímulos físicos (contenido de los recuerdos intrusivos), sino también información de las respuestas afectivas y fisiológicas (M. Creamer et al., 1992). Por tanto, las reviviscencias del trauma en este caso se experimentan a través del proceso mnésico no declarativo que se ha venido llamando memoria implícita: su evocación no está mediada por el recuerdo consciente, sino que utiliza un recuerdo implícito en el cual no hay necesidad del almacén consciente (S.C. Yudofsky, R.E. Hales, 1997).

Considerando las limitaciones del estudio de un caso único, sugerimos con J. Tirapu et al. (1998) las siguiente reflexiones:

A. Cada individuo debe ser estudiado como caso único ya que, como proponen Foa et al. (1995), distinta sintomatología de trastornos por estrés postraumático representan diferentes procesos patológicos, y además, calificado en términos de dinámica multifactorial en detrimento de la clasificación "orgánico" versus "psicógeno".

B. Podemos observar que resulta de gran interés la aplicación de tests neuropsicológicos a estos pacientes, con el fin de establecer la

existencia de déficits cognitivos que estén afectando a la adaptación del sujeto.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatry Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Editorial Masson. Barcelona.
- Chemtob, C.M.; Herriot, M G. Post-traumatic Stress Disorder as a Sequela of Guillain-Barrre Syndrome. *Journal of Traumatic Stress*, 1994, Vol.7, 705-711
- Creamer, M., et al. (1992). Reaction to Trauma: A Cognitive Processing Model. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992. Vol. 101.No. 3. 452-459.
- Foa. E.B, et al. Arousal, Numbing, and Intrusion: Sympton Structure of PTSD Following Assault. *Am J Psychiatry*. 1995; 125: 116-120.
- Shalev, A.Y. et al. Predictors of PTSD injured trauma survivors : A prospective case. *Am J Pssychiatry*, 1996, 153:2, 219-225
- Tirapu Uztarroz, J. et al. Síndrome por estrés postraumático asociado a síndrome posconmocional: a propósito de un caso. *Anales de Psiquiatría*. 1998. Vol 14. No. 6. 208-213.
- Yudofsky, S.C; Hales, R.E. 1997. *Textbook of Neuropsychiatry*. The American Psychiatric Press. Washigton, DC.