

Sintomatología obsesivo-paranoide en un caso de patología vascular diencefálica y frontobasal

Rafael Blanco¹, Silvia Villa¹, Vanesa Núñez¹, Balbina Leonor Rico¹,
J.A. Vidal² & Enrique Vera de la Puente^{3†}

¹*Centro Neuropsicológico CÓRTEX (Oviedo, Asturias)*

²*Servicio de Medicina Interna (neurólogo), Hospital Valle del Nalón, Langreo, Asturias.*

³*Unidad de Neuropsicología y Neurología de la Conducta
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)- Oviedo, Asturias.*

Resumen: La patología obsesiva y paranoide se considera generalmente una disfunción de la personalidad de origen psiquiátrico. Sin embargo, existen casos en los que esta sintomatología puede ser provocada por una lesión estructural del cerebro. Este es el caso, en especial, cuando se encuentran implicadas determinadas áreas diencefálicas y fronto-basales. Mostrar la potencialidad de diversas lesiones vasculares cerebrales en la etiología de alteraciones neuropsiquiátricas, como los síndromes obsesivos y paranoides. Se presenta el caso de un paciente con semiología psiquiátrica de tipo obsesivo-paranoide e hipomaniaco. Los estudios de neuroimagen practicados muestran claros signos de patología vascular diencefálica y fronto-basal. Además, a este paciente le ha sido realizada una exploración neuropsicológica completa. La exploración neuropsicológica muestra una importante alteración de la personalidad, de los procesos emocionales y de algunas funciones cognitivas del paciente (principalmente, de la memoria, de la coordinación visuo-motora y de las funciones ejecutivas), además de disfunciones psicofisiológicas variadas. Se analizan las implicaciones neuropsicológicas de las patologías cerebrales subcorticales y frontobasales. Además, se valora la necesidad de descartar alteraciones neurológicas en este tipo de pacientes, antes de emitir un diagnóstico puramente psiquiátrico basado solamente en la semiología clínica aparente. **Palabras clave:** Síndromes obsesivos, patología vascular, funciones diencefálicas, patología frontobasal.

Obsessive-Paranoid symptomatology in a case of fronto-basal diencephalic vascular pathology

Abstract: Obsessive and paranoid pathology is generally considered a personality disorder of psychiatric origin. Nevertheless, there are some cases in which this symptomatology can be provoked by a structural brain lesion. This is particularly the case when certain diencephalic and fronto-basal brain areas are implied. To show the potentiality of diverse vascular brain lesions on the aetiology of neuropsychiatric alterations, such as obsessive and paranoid syndromes. The case of a patient with obsessive,

paranoid and hypomaniac symptomatology is presented. Neuroimaging studies show clear signs of diencephalic and fronto-basal vascular pathology. A complete neuropsychological assessment of the patient has also been done, showing important alterations in personality, emotional processes, and in certain cognitive functions (mainly memory, visual-motor and executive functions). Various psychophysiological dysfunctions were also detected. The neuropsychological implications of subcortical and fronto-basal pathologies are analyzed. Moreover, the need to rule out neurological alterations in this type of patient is considered, before making a diagnosis in purely psychiatric terms, based only on the apparent clinical symptomatology. **Key words:** Obsessive syndromes, vascular pathology, diencephalic functions, frontobasal pathology.

Tradicionalmente, los síndromes obsesivos y paranoides, englobados bajo la denominación de personalidades anancásticas (CIE-10) o sensitivas (Kretschmer, 1966; Schneider, 1986, 1980) han sido considerados cuadros psiquiátricos, proponiéndose en ellos diversas hipótesis etiológicas (determinación genética, alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica, conflictos psicodinámicos infantiles, alteraciones en los procesos que implican flexibilidad cognitiva, aprendizaje disfuncional de determinados patrones de comportamiento en la infancia, etc.) (Kretschmer, 1966; Schneider, 1980, 1986; Freud, 1997; Vallejo, 1992).

Sin embargo, en la actualidad existen datos que sugieren la relevancia de determinadas disfunciones estructurales del Sistema Nervioso Central en este tipo de patologías, que darían cuenta de, al menos algunos de los casos a los que se les ha realizado este diagnóstico (Adams, 1993; Crosson, 1997; Gil, 1999).

Gil (1999) enumera una serie de alteraciones del comportamiento observadas comúnmente en los enfermos con patología localizada a nivel de los ganglios basales, especialmente cuando se encuentra implicado el núcleo caudado. Así, menciona la presencia de agitación, desinhibición conductual, síndromes psicóticos, trastornos del control ejecutivo, irritabilidad, hiperactividad motora y verbal y agresividad, además de patologías de la personalidad de tipo obsesivo, entre otras.

Adams y Victor (1993) consideran que en los trastornos obsesivos y anancásticos suele verificarse un aumento de la ratio ventrículo-cerebral, así como una reducción del volumen del núcleo caudado, entre otros hallazgos neuroanatómicos. Además, mencionan, en relación con los estados paranoides y afines, la relación que puede establecerse entre esta sintomatología y diversas condiciones patológicas del Sistema Nervioso y del Sistema Endocrino, así como con situaciones espaciales, como el puerperio o la intoxicación (aguda o crónica) por alcohol o drogas.

Por otro lado, Cambier, Masson y Dehen (2000) hacen referencia a determinadas alteraciones de la personalidad en algunos enfermos afectados por epilepsia (especialmente, cuando el foco se encuentra localizado a nivel del lóbulo temporal medial y/o del sistema límbico); estos rasgos de comportamiento incluyen, según estos autores tendencia a la perseveración, viscosidad emocional e intelectual, misticismo, susceptibilidad e impulsividad, además de síndromes psicóticos mayores con manifestaciones delirantes de tipo paranoide.

Estos mismos autores mencionan, asimismo, la presencia de sintomatología delirante-paranoide en la parálisis general y en algunos casos de encefalitis por herpes simplex (que manifiesta una gran afinidad por los lóbulos temporales mediales y por el sistema límbico, provocando alteraciones de carácter, suspicacia y disfunciones mnésicas).

Por otro lado, Crosson (1997) hace referencia a las manifestaciones psicopatológicas relacionadas con las lesiones del área ventromedial de la cabeza del núcleo caudado, las cuales incluyen desinhibición, impulsividad y comportamiento inapropiado. Sin embargo, este autor sostiene que las lesiones de la cabeza del núcleo caudado, situadas en la porción dorsolateral de la misma, causan, por el contrario, apatía además de una reducción del comportamiento verbal y motor espontáneo.

Heilman, Blonder, Bowers y Valenstein (2003) mencionan también la presencia de sintomatología emocional y cambios de personalidad de tipo psiquiátrico en algunos tipos de pacientes afectados por lesiones localizadas en el neocórtex, en especial en aquellos diagnosticados de enfermedad de Huntington, en la cual, como es sabido, la patología neurológica se encuentra localizada, especialmente, a nivel del núcleo caudado. Estos autores comentan que, además de cambios de personalidad de tipo psiquiátrico, estos enfermos manifiestan signos de disfunción prefrontal.

En suma, hoy en día existen datos acerca de la participación de diversas áreas encefálicas subcorticales en la producción de trastornos psiquiátricos con sintomatología obsesiva y/o paranoide. En el presente trabajo de investigación se presenta un caso clínico con afectación diencefálica y fronto-basal, que manifiesta un importante trastorno de la personalidad, así como disfunciones emocionales y cognitivas y numerosas alteraciones psicosomáticas o psicofisiológicas.

Caso Clínico

Se presenta el caso de A.G.F., paciente de 59 años de edad, diestro, en situación de separación matrimonial, con una hija, y con estudios primarios, que fue explorado inicialmente en la Unidad de Neuropsicología y Neurología de la Conducta del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) en 1998, ante la evidente problemática neuropsiquiátrica que presentaba desde hacía varios años. Fue valorado previamente por diversos psiquiatras y psicólogos, los cuales emitieron diagnósticos variados, tales como trastorno de personalidad obsesiva, trastorno paranoide, síndrome disociativo y deterioro cognitivo (no especificado).

En el momento de ser realizada la 1ª exploración neuropsicológica fue constatado un amplio deterioro (de carácter no degenerativo) en sus funciones atencionales, mnésicas y ejecutivas, además de alteraciones moderadas en su coordinación psicomotriz y en sus funciones visuo-espaciales. Además, en aquella ocasión fue advertida la presencia de un complejo patrón de alteraciones en la estructura de su personalidad, en sus reacciones emocionales y en sus procesos psicofisiológicos, tales como una importante reducción del número de horas de sueño nocturno, algias en diversas partes de su cuerpo, micciones frecuentes, sequedad de boca, hipertensión arterial esencial, alteraciones gastrointestinales, irritabilidad, frecuentes cambios de humor, taquilalia en conversación espontánea, además de ideación paranoide de tipo referencial, hipocondríaca y querulante, y acatisia. Asimismo, durante la elaboración de la historia clínica y la aplicación de las pruebas incluidas en la exploración neuropsicológica practicada, pudieron observarse diversos comportamientos, tanto verbales como no verbales, sugestivos de patología anancástica severa, mientras que la exploración neurológica convencional no arrojó hallazgos significativos, a excepción de una ligera/ moderada alteración psicomotriz, constatada en la realización de la marcha en tándem, además de dificultades para permanecer en situación monopedal. Sus sistemas sensoriales elementales se encontraron, a lo largo de la mencionada exploración, en condiciones normales, siendo, asimismo, adecuada su producción y comprensión del lenguaje en conversación espontánea.

Los estudios de neuroimagen practicados en esa fecha (TC y Resonancia Magnética de encéfalo) mostraron la presencia de “múltiples lesiones isquémicas en ganglios basales (especialmente en putamen y núcleo caudado), además de en sustancia blanca periventricular y en el tálamo derecho”.

Un estudio reciente de neuroimagen por Resonancia Magnética de encéfalo, realizado en febrero de 2005 mostró la presencia de una “pequeña lesión subcentimétrica localizada en el esplenium del cuerpo caloso, compatible con lesión isquémica reciente (menor de 10 días), además de los hallazgos anteriormente comentados

Pruebas neuropsicológicas administradas:

- Figura Compleja de Rey-Österrieth
- *Symbol Digit Modalities Test*
- Programas Alternantes (*Go-Nogo*)
- Test de Organización Visual de Hooper
- Test de Palabras y Colores de Stroop
- Test de Armitage (*Trail-Making-Test*)
- Tests motores de Luria
- Escala de Memoria de Wechsler
- Test de las 15 Palabras de André Rey
- Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey
- Test de percepción fonémica de Benton
- Test de orientación derecha/izquierda de Benton
- Token-test
- Matrices Progresivas de Raven (Escala General)
- Test de la Torre de Hanoi
- Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin
- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica –Test Barcelona (Subtests seleccionados)
- Escala de inteligencia de Wechsler para Adultos- WAIS-III (Subescalas seleccionadas)
- Inventario de depresión de Beck
- Inventario de personalidad 16 PF
- Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)
- Inventario de personalidad MMPI-2
- Psicodiagnóstico de Rorschach

Observaciones conductuales durante la exploración:

Acude a estudio en solitario, una hora más tarde de la hora fijada para la primera sesión de exploración. Se presenta aseado y con una buena disposición para llevar a cabo el examen Neuropsicológico. No obstante, se muestra notablemente irritable ante las menores contradicciones, con un humor exaltado; en determinados momentos, eleva el volumen de su voz, aumentando, asimismo, la tasa de emisión de su habla, comportamiento que impresiona como logorreico en diversas ocasiones. Se advierte, por otro lado, una actitud claramente suspicaz, especialmente en los momentos en que el examinador le interroga acerca de su sintomatología actual, a lo que responde, contrariado, que ésta resulta evidente y que la pregunta es, a su juicio, improcedente.

Su nivel de conciencia, por otra parte, es adecuado, permaneciendo vigilante en todo momento. Su comprensión auditiva es normal, no apreciándose en su habla alteraciones significativas en los componentes fonológico-articulatorios, sintácticos o léxico-semánticos de su discurso.

Sus procesos de razonamiento verbal y pensamiento lógico se encuentran, en lo referente a su estructura, en condiciones normales, no constatándose alteraciones formales de los mismos, al analizar su discurso verbal en conversación espontánea. No obstante, el componente ideatorio de su pensamiento se caracteriza por la presencia de representaciones delirantes de referencia, de persecución, hipocondríacas y querulantes, además de actitudes notablemente suspicaces en el trato personal. Con respecto al curso de su actividad ideatoria, resulta ser normal, aunque se consigna, en determinadas ocasiones, una moderada taquipsiquia, puesta de manifiesto a través de sus emisiones orales espontáneas. Esta circunstancia se produce, especialmente, cuando le son comentados determinados aspectos sensibles de su problemática actual, principalmente aquellos referidos a su estado de salud, a su situación legal y a la eventual recuperación de su domicilio.

Se queja, asimismo, de que su sueño resulta muy escaso en número de horas, y de muy mala calidad, y refiere experimentar determinadas vivencias pseudoalucinatorias e ilusorias, además de ensueños de contenido desagradable, experiencias que le perturban notablemente, según comenta. Asimismo, hace referencia a la circunstancia de que, debido a su falta de sueño, su estado emocional se encuentra notablemente alterado.

Por otro lado, informa verbalmente de que experimenta, en algunas ocasiones, intensos sentimientos de hostilidad dirigidos contra determinados miembros de su familia, además de hacia las personas que pasan por la calle a su lado o contra los objetos con los que se encuentra en su vida diaria.

Además menciona el hecho de que sus funciones mnésicas y atencionales han mermado notablemente desde el inicio de su sintomatología, así como también sus capacidades de orientación espacial y temporal.

Pone de manifiesto, por otro lado, abundantes muestras de irritabilidad, inquietud y ansiedad durante la exploración neuropsicológica, expresadas, en especial, a través de su habla y de su actividad motora. Además, en un determinado momento, el paciente informa verbalmente de que ha experimentado una apreciable pérdida de peso, como consecuencia de sus dolencias físicas y psicológicas; al objeto de que el examinador compruebe este extremo, A.G.F. se desabrocha el cinturón y se baja los pantalones, mostrando a éste su ropa interior.

Por otro lado, A.G.F. encuentra dificultades moderadas al realizar diversas maniobras de coordinación motora, principalmente al llevar a cabo la prueba de la marcha en tándem, al permanecer en posición monopedal, y al saltar. No obstante, no se aprecian dificultades significativas en la prueba dedo-nariz (realizada con exclusión de la visión), ni cuando se solicita del paciente que toque con su dedo el dedo del examinador, guiándose visualmente.

Al llevar a cabo un examen clínico de sus capacidades de percepción y denominación táctil, se constatan dificultades para nombrar diversas formas geométricas de madera, que son palpadas en unos casos, con la mano derecha y con la mano izquierda, en otros. Los problemas de identificación táctil resultan más evidentes cuando los objetos son presentados a la mano izquierda, puesto que en ese momento, el paciente resulta incapaz de ofrecer ninguna respuesta verbal. Cuando el paciente palpa las formas con su mano derecha, no obstante, su ejecución mejora, aunque ésta se juzga también como moderadamente deficiente debido a la elevada latencia de la respuesta de denominación de los objetos palpados.

Por otro lado, se consigna también una agrafestesia franca, más evidente al ser trazados determinados números, letras o símbolos en su mano izquierda.

Se constata, por otra parte, una mejor ejecución en la primera parte del test de orientación derecha/izquierda de Benton, respecto de la segunda. En ésta, se exige la ejecución de órdenes enunciadas oralmente por el examinador, y que hacen referencia a algunas partes del cuerpo de éste. En estos casos, el paciente encuentra notables dificultades, y realiza un giro con su cuerpo al objeto de mejorar su orientación espacial. En determinadas ocasiones, además se constatan alteraciones en la distinción derecha/izquierda, puestas de manifiesto en esta segunda parte de la prueba.

Por otro lado, su retención de las instrucciones del Test de la Torre de Hanoi es deficiente, y el examinador debe repetírselas varias veces, a fin de

que las memorice. En la ejecución de esta tarea, verbaliza en numerosas ocasiones la estrategia que ha seguido o que pretende seguir en el movimiento siguiente. Se aprecia, asimismo, una extrema lentitud en la toma de decisiones relativas a la consecución de la prueba. Realiza el primer movimiento, después de algunas reticencias, y a continuación, permanece pensativo durante varios minutos, sin ejecutar ningún movimiento adicional. Preguntado acerca del próximo movimiento que ha de realizar declara no recordar las instrucciones de la tarea en ese momento, informando de que se siente incapaz de finalizarla. Pasados unos 10 minutos, desiste de la tarea, declarándose incapaz de finalizarla.

Asimismo, en los Tests motores de Luria se observan los siguientes fenómenos patológicos:

- a) perseveraciones
- b) dificultades de coordinación motora fina en miembros superiores
- c) conducta de imitación
- d) verbalizaciones y comentarios inadecuados
- e) desorientación derecha/izquierda
- f) desconocimiento del nombre de los dedos
- g) problemas en el seguimiento de órdenes conflictivas
- h) dificultades en tareas de secuenciación
- i) problemas en la tarea puño-canto-palma

Por el contrario, en este test, su ejecución en los elementos con contenido práctico resulta normal, así como en la de los elementos basados en el principio del reflejo condicionado.

Resultados

<u>PRUEBA</u>	<u>PUNTUACIÓN</u>	<u>CLASIFICACIÓN</u>
Figura de Rey - Copia - Inmediata - Diferida	36/36 8/36 6/36	Praxis Memoria visual
Symbol Digit - Directa - Normal	22 (41'58'6)	Atención y Concentración

SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO PARANOIDE EN PATOLOGÍA VASCULAR

GO- Nogo - Errores - Autocorrecciones	0 2	Función ejecutiva prefrontal
Test de organización visual de Hooper	15'5/30	Percepción visual
Test de Palabras y colores de Stroop - Palabras - Colores - PyC	71 (11920) t= 26 33 (7914) t= 20 19 (50 11) t=22	Función ejecutiva prefrontal, atención y concentración
Trail Making Test - Forma A - Forma B	-1min23seg.;0err;centil inf. 10 -2min10seg 3err(sig)centil inf.10	Atención y concentración, función ejecutiva prefrontal
Escala de Memoria de Weschler - Información y orientación - Control mental - Dígitos directos - Dígitos inversos - Memoria lógica inmediata - Memoria lógica diferida - Aprendizaje de pares asociados	12/14 5/6 4/8 (6 1) 3/7 (5 1) 9/25 (8 2'5) 7/25 (5'2 0'37) t =0'37 3'5/21 (11,94 4'53)	Orientación Atención y concentración Íd. Íd. Memoria verbal Íd. Íd.
Test de las 15 Palabras de André Rey - Recuerdo libre - Reconocimiento	24/75 4/15	Memoria verbal Íd.
Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey - Ensayo 1 - Ensayo 2 - Ensayo 3 - Ensayo 4 - Ensayo 5 - Ensayo de reconocimiento:	Número de palabras recordadas: 5; (Normal 7'2'1) 5; (Normal 10'51'9) 5; (Normal 12'91'6) 6; (Normal 13'42'0) 7; (Normal 13'91'2) Ninguna palabra (Normal 14'50'8)	Memoria verbal
Test de Percepción Fonémica de Benton	30/30	Percepción auditiva
Test de orientación derecha/izquierda de Benton	16/20	Esquema corporal
Token Test I II III IV V	10/10 10/10 10/10 10/10 18/22	Lenguaje
Matrices Progresivas de Raven	48/60	Razonamiento

Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin - Categorías completadas	2/6 (% errores: 64.8%)	
Test Barcelona (Subtests seleccionados) <u>Evocación categorial</u> *Nombres de animales *Letra P Comprensión de Palabras - Cálculo mental *Problemas aritméticos Cubos	PC 95° PC 20° PC 95° PC 40° (t PC 50°) PC 70° (t PC 40°) PC 10° (t PC 20°)	-Función ejecutiva -Lenguaje -Lenguaje Praxis constructiva
WAIS-III (Subescalas seleccionadas) - Información - Vocabulario - Semejanzas Figuras incompletas	PE 12 PE 13 PE 9 PE 6	-Memoria semántica -Lenguaje -Razonamiento Percepción visual
Inventario de Depresión de Beck	PD 57/63	
Inventario de Personalidad 16 PF Factores primarios: - Factor A - Factor B - Factor C - Factor E - Factor F - Factor G - Factor H - Factor I - Factor L - Factor M - Factor N - Factor O - Factor Q ₁ - Factor Q ₂ - Factor Q ₃ - Factor Q ₄ Factores de segundo orden: - Factor Q _I - Factor Q _{II} - Factor Q _{III} - Factor Q _{IV}	D 6 D 5 D 1 D 6 D 2 D 6 D 3 D 6 D 8 D 5 D 6 D 10 D 5 D 7 D 5 D 10 D 10 D 5 D 8 D 5	f.A- Sizotimia/Afectomia f.B- Inteligencia alta/ Baja f.C- Poca/ Mucha fuerza del Ego f.E- Sumisión/ Dominancia f.F- Desurgencia/ Surgencia f.G- Poca/ Mucha fuerza Superego f.H- Treectia/ Parmia f.I- Harria/ Premsia f.L- Alaxia/ Protensión f.M- Praxernia/ Autia f.N- Sencillez/ Astucia f.O- Adecuación imperturbable/ tendencia a la culpabilidad f.Q ₁ - Conservadurismo/Radicalismo f.Q ₂ - Adhesión grupo/ Autosuficienc. f.Q ₃ - Baja integración/Mucho control autoimagen f.Q ₄ - Poca tensión energética/ mucha tensión energética f.Q _I - Ajuste/Ansiedad f.Q _{II} - Introversión/Extraversión f.Q _{III} - Mucha socialiación controlada f.Q _{IV} - Dependencia/Independencia

SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO PARANOIDE EN PATOLOGÍA VASCULAR

<p>Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) Factor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipocondriasis 10 - Depresión suicida 10 - Agitación 4 - Depresión ansiosa 10 - Depresión- baja energía 10 - Culpabilidad- resentimiento 10 - Apatía-retirada 10 - Paranoia 10 - Desviación psicopática 1 - Esquizofrenia 10 - Psicastenia 10 - Desajuste psicológico 10 		
<p>Inventario de personalidad MMPI-2¹ <u>Escalas clínicas básicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Hipocondría (Hs) T= 82 2. Depresión (D) T=98 3. Histeria de conversión (Hy) T=95 7. Psicastenia (Pt) T=77 9. Hipomanía (Ma) T=31 <p><u>Escalas de contenido:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por la salud (HEA) T=80 		<p>-Preocupación por salud, integridad física... -Humor depresivo, inseguridad, indecisión, culpabilidad, fatiga... -Ansiedad, miedo, disforia... -Puntuación indicativa de depresión y exceso de control, apatía, letargia... - Interés o preocupación por la salud, tendencia a desarrollar síntomas físicos como consecuencia del stress.</p>
<p>Psicodiagnóstico de Roschach</p>	<p>Características de protocolo: Fracasos en la interpretación de láminas I, II, IV Crítica del objeto Predominio de respuesta de detalle y pequeño detalle. Ausencia casi total de respuestas determinadas por el color Ausencia total de</p>	

¹ Se mencionan solamente aquellas escalas clínicas básicas y de contenido en las cuales el paciente se sitúa en un rango clasificatorio extremadamente alto o muy bajo.

	respuestas de movimiento Shock al color (lám. X) Reducido número de respuestas (inferior a 15) Tiempo de reacción alargado.	
--	---	--

Discusión

En definitiva, como se puede comprobar por los resultados obtenidos por A.G.F. en la exploración neuropsicológica practicada, además de por las observaciones de su comportamiento, llevadas a cabo durante la misma, ponen de manifiesto que nuestro paciente se encuentra notablemente afectado por un deterioro cognitivo-ejecutivo, emocional y de la personalidad muy significativo.

De este modo, han sido consignados resultados deficitarios en las pruebas que exploran las funciones atencionales, mnésicas (tanto a nivel verbal como no verbal), así como en el análisis y síntesis perceptiva visual, y en la orientación respecto de las coordenadas básicas de su esquema corporal. Asimismo, los resultados en función ejecutivo-prefrontal (planificación, formación de conceptos y flexibilidad cognitiva) han resultado, también, deficientes.

Por otro lado, los cuestionarios y tests de evaluación de la personalidad y de la sintomatología psicopatológica aplicados, ponen de manifiesto, en general, la presencia, en A.G.F., de una severa problemática neuropsiquiátrica y de la estructura de su personalidad.

Por ello, puede relacionarse el mencionado cuadro semiológico con la presencia de la patología cerebrovascular antes apuntada, verificada por medio de las pruebas de neuroimagen llevadas a cabo, y que pueden vincularse con las investigaciones antes mencionadas de Adams (1993), Crosson (1997) y Gil (1999), especialmente, poniéndose de manifiesto la relevancia de las áreas diencefálicas, temporo-límbicas y frontobasales en la producción, en caso de lesión, de la sintomatología obsesiva, paranoide, y psicótica en general.

Debe destacarse, asimismo, que casos como el del paciente objeto del presente estudio, ponen de manifiesto la necesidad de descartar diversas

patologías neuroestructurales antes de emitir un diagnóstico puramente psiquiátrico.

Además, resulta muy deseable la realización, en este tipo de pacientes, de una exploración neuropsicológica completa, que permita detallar las áreas deficitarias en su funcionamiento cognitivo, ejecutivo y emocional general. Para ello, se hace muy necesario disponer de evaluadores especializados en esta clase de trastornos, que se encuentren suficientemente entrenados en la exploración neuropsicológica de pacientes neurológicos y psiquiátricos, y que dispongan del tiempo necesario para la aplicación de pruebas neuropsicológicas especializadas, que evalúen en profundidad las diferentes funciones cognoscitivas, ejecutivas, emocionales y de la personalidad de los pacientes objeto de estudio.

Referencias

Adams, R.D. & Victor, M. (1993). *Principles of Neurology*. Nueva York: Mc Graw-Hill (5ª Ed.).

Cambier, J., Masson, M. & Dehen, H. (2000). *Neurología*. Barcelona: Masson (7ª Edición).

Crosson, B. (1997). Syndromes due to acquired basal ganglia damage. En: T. E. Feinberg y M. J. Farah (Eds.): *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. Nueva York: Mc Graw-Hill (pp. 427-432).

Freud, S. (1911). « Psychoanalytische bemerkungen über einen autobiographische beschriebenen fall von paranoia (Dementia paranoides) ». *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*, 3 (1): 9-68. Traducción española: « Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (« Dementia paranoides »), autobiográficamente descrito ». Reproducido en: S. Freud (1997): *Obras completas* (vol. 4). Madrid: Biblioteca Nueva.

Gil, R. (1999). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson.

Heilman, K. M., Blonder, L. X., Bowers, D. & Valenstein, E. (2003). "Emotional Disorders Associated with Neurological Diseases". En: K. M. Heilman y E. Valenstein (Eds.): *Clinical Neuropsychology*. Oxford: Oxford University Press (pp. 447-478).

Kretschmer, E. (1966) *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlín-Heidelberg: Springer-Verlag (4ª Edición alemana). Traducción española: *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid. Triacastela, 2000

Organización Mundial de la Salud (OMS): *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10): Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Meditor, 1992.

Schneider, K. (1980). *Die psychopathischen persönlichkeiten*. Viena: Franz Deuticke. Traducción española: *Las personalidades psicopáticas*. Madrid. Morata, 1980.

Schneider, K. (1992). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart, Nueva York: Georg Thieme (14ª Edición). Traducción española: *Psicopatología Clínica*. Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.

Vallejo Ruiloba, J. (1992). “Trastornos obsesivos”. En: J. Vallejo Ruiloba (Ed): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat (3ª Edición).

Recibido 16 de Diciembre 2005

Aceptado 22 de Diciembre 2005