Apatía, depresión y anhedonia tras daño cerebral adquirido: propuesta de un esquema de razonamiento clínico para neurorrehabilitación

Claves clínicas para interpretar la reducción de la conducta dirigida a metas tras ictus y TCE

De Noreña Martínez, David; Ríos Lago, Marcos.
Unidad de Daño Cerebral, Fundación Hospitalarias Madrid

1 Introducción, objetivo y método



La reducción de la conducta dirigida a metas es frecuente tras ictus y TCE (1). Apatía, depresión y anhedonia comparten baja iniciativa y pérdida de interés: las escalas no siempre aclaran qué explica el cambio.

Objetivo. Proponer, desde la literatura, un esquema clínico para explorar de forma diferenciada aspectos motivacionales, afectivo-depresivos y hedónicos en DCA.

Método. Revisión narrativa en ictus y TCE, ampliada con otras poblaciones cuando aportaban información clínicamente relevante.

2 Hallazgos relevantes de la literatura

- **Ictus.** La apatía sin depresión es más frecuente que la depresión sin apatía (2).
- **EFFECTS.** Los síntomas depresivos y la apatía/lasitud mostraron evoluciones diferentes; la apatía se estimó mediante un único ítem de la MADRS (3).
- **Anhedonia postictus.** Mayor que en controles incluso tras ajustar por depresión, apatía y otros estados emocionales (4).
- **Fuente de información.** En DCA/TCE, autoinforme e informante pueden ofrecer perfiles distintos de apatía (5,6).
- **Conducta motivada tras ictus.** Menor *drive* clínico se asoció a menor persistencia en el esfuerzo, incluso sin diferencias en autoinformes de apatía y depresión (7).

3 Esquema de razonamiento clínico

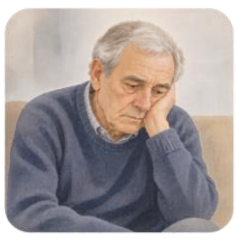
Paciente con DCA y reducción de la conducta dirigida a metas

Antes de interpretar: valorar si la reducción de actividad se explica principalmente por alteraciones de alerta, fatiga, dolor, sueño, sedación, limitaciones motoras, sensoriales o comunicativas, o por el estado médico.

→ Si alguno de estos factores explica principalmente la reducción, intervenir y reevaluar.

No, o sólo en parte

A Afecto depresivo y malestar emocional



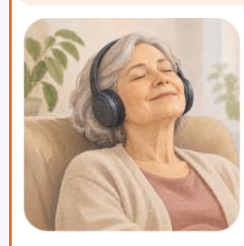
- Explorar tristeza/malestar persistente, desesperanza, autodesvalorización o culpa e ideación de muerte.
- Valorar el malestar asociado a las pérdidas y la discapacidad, aun sin depresión clínica.
- Irritabilidad, llanto o labilidad aislados: poco específicos en DCA.
- *"¿Cómo se siente ante lo que ha cambiado? ¿Se siente inútil , culpable o sin esperanza?"*

B Iniciación espontánea y respuesta al apoyo externo



- Comparar la misma actividad por iniciativa propia y cuando se propone y estructura externamente.
- Registrar latencia para iniciar, necesidad de indicaciones o recordatorios y mantenimiento sin apoyo.
- Si mejora con apoyo externo, puede aprovecharse en la intervención.

C Experiencia hedónica: anticipación y disfrute



- Antes de una actividad valorada: "*¿Cuánto espera disfrutar?*". Después: "*¿Cuánto ha disfrutado?*" (0–10).
- Observar señales de disfrute y preguntar después si repetiría la actividad.
- Disfrutar durante la actividad no descarta dificultades para anticipar el placer.

Expresión afectiva reducida ≠ indiferencia subjetiva. Hipomimia y aprosodia pueden reducir la expresión; la afasia limita la comunicación y una baja conciencia del déficit puede reducir el valor del autoinforme.

Cada fuente aporta información distinta: **paciente** → experiencia interna; **cuidador** → iniciativa cotidiana; **observación** → conducta con estructura. Las discrepancias entre fuentes deben interpretarse en contexto.

Formulación clínica: integrar los hallazgos y mantener abiertas las alternativas plausibles. Si los datos no discriminan, no forzar una conclusión.

4 Situaciones clínicas que cambian la interpretación

Situación observada	Qué puede significar	Qué comprobar
Rinde en terapia, pero en casa no inicia	La estructura puede estar compensando una dificultad de iniciativa.	Misma actividad con distinto apoyo
Dice que "no le apetece", pero disfruta al empezar	El disfrute puede estar preservado aunque la expectativa de placer sea baja.	Expectativa vs. disfrute real
Mejora el ánimo, persiste la baja iniciativa	La baja iniciativa puede no explicarse completamente por el estado afectivo.	Reevaluar apatía, fatiga y contexto
Muestra reactividad emocional, pero sigue sin iniciar actividades	La reactividad emocional puede conservarse pese a una baja iniciativa.	Observar si la emoción se traduce en elección, inicio o persistencia de la conducta.

5 Qué cambia en la intervención

Malestar afectivo-depresivo: abordarlo y reevaluar después la iniciativa residual.

Mejora con apoyo externo: estructurar metas, pasos y señales de inicio; reducir el apoyo según autonomía.

Si el disfrute supera lo anticipado: programar actividades significativas y contrastar expectativa con experiencia real.

6 Limitaciones

- Revisión narrativa; sin datos de fiabilidad ni validez del esquema.
- Evidencia en DCA limitada y heterogénea, sobre todo en TCE.
- Ningún hallazgo aislado permite atribuir una causa.

7 Conclusiones y próximos pasos

La inactividad tras DCA no permite inferir por sí sola qué factores la explican. Explorar por separado malestar afectivo, respuesta al apoyo y experiencia hedónica puede aportar información que una puntuación global no recoge.

Próximos pasos: validar fiabilidad interevaluador, validez incremental y utilidad clínica.

Referencias **1)** Green SL, et al. Neuropsychol Rev. 2022;32:51–69. 2) Caeiro L, et al. Cerebrovasc Dis. 2013;35:23–39. 3)Tay J, et al. Int J Stroke. 2023;18:285–295. 4) Segura E, et al. Front Aging Neurosci. 2024;16:1253028. 5) Njomboro P, Deb S. Curr Gerontol Geriatr Res. 2012;2012:846075.6) Quang H, et al. Neuropsychology. 2022;36:94–102. 7) Erfanian Abdoust M, et al. Brain Cogn. 2024;175:106123