

AUTOR/ES: Alvarez-Coufago, M.C.<sup>1</sup>, Torres-Rincón, T.<sup>2,3,4</sup>, Vázquez-Batán, P.<sup>5</sup>, A. Piñón-Blanco, T.<sup>2,3</sup> & Otero Lamas, F.<sup>2,3</sup>

1. Asociación de familiares e enfermos mentales LENDA, Redondela. 2. Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO. 3. Grupo de Investigación en Enfermedades Psiquiátricas (IISGS), Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. 4. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, EOXI-CHUVI, Vigo.

### Introducción:

Existen múltiples definiciones, pero la más aceptada es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como "un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social".

Las alteraciones neuropsicológicas en pacientes con patología psiquiátrica han sido estudiadas entre otras, en la esquizofrenia (Burton, Harvey, Patterson & Twamley 2016; Torres, Méndez, Olivares & Vaamonde, 2001), en el trastorno obsesivo-compulsivo (Insel, Head, Bolton & Hymas, 1989), en el trastorno disocial de la personalidad (Deckel, Hasselbrock & Basuer, 1996), en los trastornos relacionados con sustancias (Fernández, Pérez & Verdejo, 2011; Vázquez, Vergara, Piñón, Guillén & Pérez, 2016), en el autismo (Bennetto, 1996) o en el trastorno por déficit de atención (Barkley, 1997).

Diferentes estudios subrayan la utilidad de la evaluación neuropsicológica en la elección y adaptación del programa de tratamiento más adecuado (Verdejo-García & Bechara, 2009) y en un método objetivo para evaluar la eficacia de los tratamientos (Aharonovich et al., 2006).

### Objetivos:

Estudiar el perfil neuropsicológico, percepción sintomatológica y calidad de vida, de pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave.

### Material y método:

Se aplicó una batería de evaluación neuropsicológica a una muestra de 14 pacientes a tratamiento en el centro de rehabilitación psicosocial de la asociación de familiares y enfermos mentales LENDA.

Se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con el consumo de la muestra que se describen en la tabla 1 (porcentajes, medias y desviación típicas).

Edad	41.71 (10.31)
Sexo	92.9% Varones 7.1% Mujeres
<b>Nivel de estudios</b>	
EGB / Graduado escolar / Estudios Primarios	14.3%
ESO/FP	42.9%
Bachillerato	42.9%
<b>Medicación</b>	
Psicofélicos + Psicoanalépticos	28.6%
Psicofélicos + Psicoanalépticos + Antiépilépticos	7.1%
Otras combinaciones de fármacos	64.3%
<b>Patologías diagnosticadas</b>	
Trastorno esquizoafectivo	28.6%
Esquizofrenia paranoide	57.1%
Esquizofrenia residual	7.1%
Psicosis atípica	7.1%
Años de evolución desde el diagnóstico	19.50 (10.25)

### Instrumentos:

Se elaboró un cuestionario de recogida de datos integrando distintas variables y una batería de pruebas neuropsicológicas estandarizadas. En la tabla 2 se muestran las pruebas utilizadas y los dominios valorados.

Prueba	Dominio
Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	Screening de deterioro cognitivo leve.
<b>WAIS-III</b>	
Clave de Números	Velocidad de procesamiento psicomotor y coordinación visomotora.
Aritmética	Cálculo mental y memoria operativa.
Dígitos	Atención focaliza y sostenida.
Búsqueda Símbolos	Percepción visual, velocidad de procesamiento psicomotor.
Letras y Números	Memoria operativa.
<b>Test de STROOP</b>	
Palabras	Velocidad de procesamiento lector.
Color	Atención selectiva.
Palabra-Color	Inhibición cognitiva.
<b>Test del Trazo (TMT)</b>	
Parte A	Habilidades motoras y visuo-espaciales de búsqueda visual.
Parte B	Atención alternante y flexibilidad cognitiva.
Fluidez Fonemica	Funcionamiento del lóbulo frontal.
Fluidez Semántica	Funcionamiento del lóbulo temporal.
SCL-90	Percepción sintomatológica.
EEAG	Escala de evaluación de la actividad global.
SF-36	Cuestionario de salud.

### Análisis de datos

Se realizan análisis descriptivos de las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de los participantes en cada uno de los tests aplicados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19.

### Resultados:

Las puntuaciones relativas al funcionamiento cognitivo/ejecutivo de la muestra son indicativas de deterioro cognitivo leve (MOCA: M = 22.21, DT = 2.08), presentado déficits en velocidad de procesamiento (IVP WAIS-III: M = 94.50, DT = 12.74), subprocesos de atención selectiva (STROOP. Colores: M = 39.14, DT = 7.13) y alternante (TMT-B: M = 119.64, DT = 41.68), fluidez verbal (Fonemica: M = 31.79, DT = 8.85 y Semántica: M = 17.36, DT = 2.76) y en el componente ejecutivo de flexibilidad cognitiva. Así como, dificultades en la actividad social, laboral o escolar y un perfil sintomatológico caracterizado por manifestaciones clínicas de obsesión /compulsión y psicoticismo.

Tabla 3. puntuaciones medias y desviaciones típicas de las pruebas cognitivas ejecutivas.

pruebas	puntuaciones
<b>MOCA</b>	22.21 (2.08)
<b>WAIS-III</b>	
Clave de Números	35.50 (25.93)
Aritmética	32.36 (28.10)
Dígitos	47.93 (27.40)
Búsqueda Símbolos	40.93 (26.60)
Letras y Números	45.64 (32.41)
Índice de Memoria de Trabajo (IMT)	93.07 (16.06)
Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP)	94.50 (12.74)
<b>STROOP</b>	
Palabras	42.57 (7.33)
Colores	39.14 (7.13)
Palabra-Color	44.86 (9.27)
<b>Trail Making Test (TMT)</b>	
Parte A	47.00 (12.18)
Parte B	119.64 (41.68)
Fluidez Fonemica	31.79 (8.85)
Fluidez Semántica	17.36 (2.76)

Las puntuaciones del MOCA (M = 22.21, DT = 2.08) se corresponden con un rendimiento compatible con deterioro cognitivo leve.

Las puntuaciones del WAIS-III en el índice de memoria de trabajo (M = 93.07, DT = 16.06) y de velocidad de procesamiento (M = 94.50, DT = 12.74) se corresponden con un funcionamiento normativo.

Las puntuaciones en el STROOP indican un rendimiento inferior a la media en colores (M = 39.14, DT = 7.13).

Las puntuaciones en TMT-A (M = 47.00, DT = 12.18) y TMT-B (M = 119.64, DT = 41.68) se corresponden con deterioro medio moderado.

Las puntuaciones en fluidez fonemica (M = 31.79, DT = 8.85) y fluidez semántica (M = 17.36, DT = 2.76) se corresponden con un rendimiento inferior a la media.

Las puntuaciones obtenidas en la EEAG, se corresponden con una puntuación (M = 67.14, DT = 6.11) indicativa de síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar.

Las puntuaciones en el SF-36 reflejan un rendimiento cerca de la media en las dimensiones de vitalidad (M = 49.64, DT = 19.16) y rol físico (M = 46.43, DT = 40.26), así como, una puntuación media en la puntuación total de la escala (M = 59.37, DT = 12.51).

Las puntuaciones medias en el SCL-90-R son indicativas de un perfil sintomatológico caracterizado por manifestaciones clínicas de obsesión /compulsión (M = 62.50, DT = 19.88) y psicoticismo (M = 60.71, DT = 21.91).

Tabla 4. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las pruebas sintomatológicas y de salud.

Prueba	Media (DT)
<b>EEAG</b>	67.14 (6.11)
<b>SF-36</b>	
Función Físico	77.14 (20.92)
Rol Físico	46.43 (40.26)
Dolor	65.89 (17.45)
Salud General	55.00 (21.30)
Vitalidad	49.64 (19.16)
Función Social	63.78 (18.12)
Rol Emocional	54.76 (36.06)
Salud Mental	59.43 (23.05)
Transición de Salud	62.50 (27.30)
Puntuación Total	59.37 (12.51)
<b>SCL-90</b>	
Somatización	41.79 (28.52)
Obsesión /compulsión	62.50 (19.88)
Sensibilidad interpersonal	48.93 (17.99)
Depresión	49.29 (22.09)
Ansiedad	48.21 (24.23)
Hostilidad	30.36 (20.14)
Ansiedad Fóbica	53.93 (20.49)
Ideación Paranoide	49.29 (17.30)
Psicoticismo	60.71 (21.91)
Índice general sintomático	51.43 (20.14)
Total de síntomas positivos	52.50 (18.47)
Índice de malestar	46.07 (24.03)

### Discusión:

El objetivo de este estudio es conocer el perfil neuropsicológico, la sintomatología y la percepción de calidad de vida, de una muestra de pacientes con trastorno mental grave a tratamiento en un centro de rehabilitación psicosocial. Nuestra hipótesis de trabajo es que estos pacientes presentarán alteraciones en velocidad de procesamiento, en los subprocesos atencionales y en las funciones ejecutivas.

Los resultados obtenidos son indicativos de deterioro cognitivo leve, déficits en velocidad de procesamiento, subprocesos de atención selectiva y alternante, fluidez verbal y en el componente ejecutivo de flexibilidad cognitiva. Dificultades en la actividad social, laboral o escolar y manifestaciones clínicas de obsesión /compulsión y psicoticismo. Resultados que son consistentes con investigaciones previas (Burton et al., 2016; Torres et al., 2001).

Los hallazgos de este estudio deben considerarse, sin embargo, preliminares y deben ser interpretados con cautela. Estudios futuros deben tener en cuenta diversas limitaciones que complican la interpretación de estos resultados.

La exploración neuropsicológica nos ayuda a detectar déficits en los procesos cognitivos/ejecutivos, genera conciencia del déficit y permite realizar un perfil neuropsicológico, que facilita el diseño y elaboración de programas de tratamiento individualizados.

### Referencias bibliográficas:

- Aharonovich, E., Hasin, D.S., Brooks, A.C., Xinhua, L., Bisaga, A. & Nunes, E.V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 313-322.
- Barkley R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Bennetto L. (1996). Intact and impaired memory functions in autism. *Child Development*, 67(4), 1816-1835.
- Burton, C.Z., Harvey, P.D., Patterson, T.L. & Twamley, E.W. (2016). Neurocognitive insight and executive cognitive functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 171(13) 131-6. doi: 10.1016/j.schres.2016.01.021.
- Deckel A.W., Hessebrock V. & Basuer L. (1996). Antisocial personality disorder, childhood delinquency and frontal brain functioning: EEG and neuropsychological findings. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (6), 639-650.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M. & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 377-406. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.04.008.
- Torres, A., Méndez, L., Olivares, J.M. & Vaamonde, A. (2001). Deficit cognitivo y esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 29 (1): 1-9.
- Insel T.R., Donnelly E.F. & Lalakea M.L. (1983). Neurological and neuropsychological studies of patients with OCD. *Biological Psychiatry*, 18, 741-750.
- Vázquez-Justo, E., Vergara-Moragues, E., Piñón-Blanco, A., Guillén-Gestoso, C. & Pérez-García, M. (2016). Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients with HIV. *Revista Latinoamericana de Psicología*. doi.org/10.1016/j.rlp.2015.06.008.
- Verdejo-García, A. & Bechara, A. (2009). Neuropsicología y drogodependencias: evaluación, impacto clínico y aplicaciones para la rehabilitación. En M. Pérez García (Ed.), *Manual de neuropsicología clínica* (pp.179-208). Madrid: Pirámide.