



Artículo de investigación

Evaluación neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos en pacientes distímicos con intento de suicidio

Neuropsychological assessment of basic cognitive processes in dysthymic patients attempted suicide

Yanelys Taset Álvarez^{1*}

¹ Departamento de Estudios Socioculturales, Universidad de Granma. Ciudad de Bayamo, Provincia de Granma, Cuba.

Resumen

La distimia incluye síntomas crónicos que interfieren en el funcionamiento y bienestar de la persona, pudiendo traer consecuencias fatales como el intento de suicidio, así como alteraciones neuropsicológicas en los procesos afectivos y cognitivos que afectan el comportamiento. En el municipio de Guisa, Provincia Granma, existe un alto número de pacientes distímicos que son infradiagnosticados, por lo que las conductas suicidas se tornan más frecuentes. Por este motivo se realizó la investigación que se muestra bajo el título "Evaluación neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos en pacientes distímicos con intento de suicidio", con el objetivo de caracterizar el estado neuropsicológico de dichos procesos. Se aplicaron métodos del nivel teórico: análisis-síntesis y el inductivo-deductivo, así como las siguientes técnicas: entrevista inicial, anamnesis, observación, Inventario de Beck, test Gestáltico Bisomotor, Tarea de denominación de objetos, Tarea go/no go, Series gráficas y motoras alternantes, Test de memoria acortado y el Test de la figura compleja de Rey. A través de los cuales se obtuvo que el estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos en estos pacientes está alterado, manifestando déficits en la percepción, atención y memoria, sustentados en posibles hallazgos biológicos en determinadas áreas cerebrales. Este trabajo investigativo es de vital importancia, permitirá diseñar intervenciones terapéuticas acertadas para el tratamiento, convirtiéndose de esta manera la exploración neuropsicológica en un elemento clave para el diagnóstico e intervención en los pacientes.

Palabras clave: evaluación neuropsicológica, procesos cognitivos, distimia, intento de suicidio

Abstract

Dysthymia includes chronic symptoms that interfere with the functioning and well-being of the person and can bring fatal consequences such as suicide attempt, and neuropsychological alterations in affective and cognitive processes that affect behavior. In the municipality of Guisa, Granma Province there is a high number of dysthymic patients are underdiagnosed, so suicidal behavior become more frequent. For this reason, research shown under the title "Neuropsychological assessment of basic cognitive processes in dysthymic patients attempted suicide" in order to characterize the neuropsychological status of basic cognitive processes in these patients was performed. Analysis-synthesis and inductive-deductive and the following techniques: initial interview, anamnesis, observation, Inventory Beck, test Gestalt Bisomotor, Task object naming, Task go / no go, graphics series theoretical methods were applied and alternating motor, shortened memory test and test the complex figure of Rey. Through which was obtained that the neuropsychological status of basic cognitive processes in these patients is altered, showing deficits in perception, attention and memory, sustained in possible biological findings in certain brain areas. This research work is vital, it will allow designing successful therapeutic interventions for treatment, thus becoming the neuropsychological a key for diagnosis and intervention in these patient's element.

Keywords: neuropsychological assessment, cognitive processes, dysthymia, attempted suicide

Introducción

La depresión es una enfermedad médica-psicológica muy habitual, afecta aproximadamente 1 de cada 20 personas, y el doble de mujeres que de hombres. El paciente describe su estado como derribado, desgastado, hipórgico (Rozados, 2011). Es, además, la enfermedad psiquiátrica más frecuente, cerca del 20% de las personas la padecen a lo largo de su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que es la cuarta patología que más incapacidad provoca en el mundo y que pasará del cuarto puesto al segundo. Este trastorno mental es más que un desorden del humor, daña múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo, siendo el intento de suicidio la consecuencia más importante y negativa, convirtiéndose en una de las principales preocupantes de la OMS en la actualidad. El suicidio está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, estimando que al menos

1000 personas se suicidan cada día. Fuentes oficiales corroboran que estos comportamientos desajustados se producen principalmente en sujetos deprimidos (Gastó & Navarro, 2010).

El país no se encuentra exento a esta situación mundial, la depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, y se convierte, después de los trastornos adaptativos, en el motivo más frecuente de consulta en asistencia primaria. Se estima que en psiquiatría los pacientes depresivos suponen un 20% de los atendidos, siendo diez veces más en atención primaria y de éstos más del 50% presentan en su cuadro clínico ideas suicidas (Valdevila, 2009).

En tal sentido, en el municipio de Guisa, provincia Granma, existe una situación alarmante, en la consulta de Salud Mental, más del 67% de las patologías atendidas se corresponden con los trastornos del humor (véase Figura 1) dentro de éstos priman los trastornos depresivos recurrentes y la distimia, esta última ocupa el 1er lugar dentro de las enfermedades mentales

* Correspondencia: Lic. Yanelys Taset Álvarez. Profesor auxiliar. Universidad de Granma. Dirección: Carretera de Manzanillo, Km 17 ½, Peralejo, Ciudad de Bayamo, Provincia de Granma, Cuba. e-mail: ytaset@udg.co.cu

conducentes a conductas suicidas en el municipio (actualmente hay registrados 43 pacientes con trastornos del humor con conductas suicidas y de estos 18 son distímicos (Estadística, Guisa, 2015). Como se aprecia, la distimia ocupa un lugar importante dentro de las patologías que conducen al suicidio, se considera se debe a que no todos los pacientes son buenos respondedores a las terapéuticas con que cuenta la medicina, entre el 8 y el 15% de ellos responden inadecuadamente, esta respuesta antidepresiva entendida como inesperada, insatisfactoria o insuficiente, define el concepto de Respuesta Antidepresiva Inadecuada (RAI), la cual se manifiesta de dos formas: el paciente se mejora antes del tiempo típico esperado y/o el paciente no mejora en el tiempo que se suponía iba a mejorar.

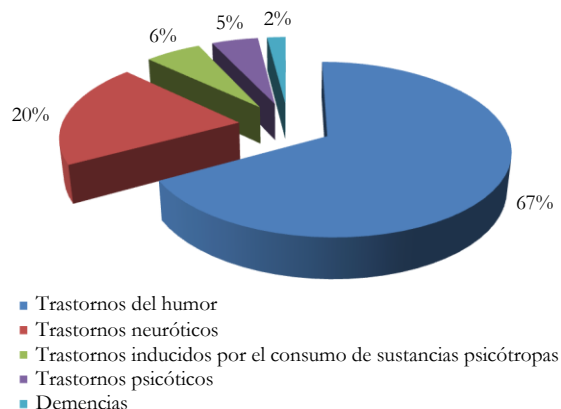


Figura 1. Comportamiento de los trastornos mentales. Trastornos mentales en Municipio de Guisa.

Esta segunda respuesta parece deberse a los procesos biológicos que están involucrados en la génesis del trastorno, sin dejar de tener en cuenta la influencia constante del medio en la agudización de los síntomas, lo que hace que los ciclos de respuesta adecuada se hagan cada vez más escasos y los mecanismos implicados en la enfermedad parecen no responder en el tiempo y con la eficacia acostumbrada. Valorando que lo descrito anteriormente ocurre en los pacientes distímicos, se considera se corresponden con este tipo de respuesta (Valdevila, 2009).

Si bien la distimia es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero interfieren en el funcionamiento y el bienestar de la persona, trayendo, en la mayoría de los pacientes, consecuencias fatales como el intento de suicidio, así como alteraciones en los procesos afectivos y cognitivos que afectan su comportamiento.

Investigar alternativas para lograr un diagnóstico certero de esta patología constituye un reto en la actualidad, ya que la mayoría de los pacientes distímicos son infradiagnosticados, su evaluación se centra en el cuadro clínico y sobre esta base se selecciona el tratamiento farmacológico que se requiere, y no se exploran, desde el punto de vista neuropsicológico, las alteraciones biológicas que están en la base de esta patología y que por tanto influyen determinadamente en su posible y/o pronta recuperación. En este sentido la exploración neuropsicológica se convierte en un elemento clave para el diagnóstico e intervención en los pacientes.

Esta exploración tiene su base en la Neuropsicología, ciencia limítrofe entre la Neurología y la Psicología que tiene como centro estudiar la relación que existe entre el cerebro y la psique. La forma en que se entienda esta relación, puede ser muy variable, incluso opuesta o en franca contradicción (Bausela, 2009).

Existen diversos enfoques de esta ciencia, de forma que cabe distinguir la Neuropsicología clásica y la cognitiva. La primera tiene sus inicios en 1973 cuando Luria, su fundador, describe componentes cerebrales y funcionales y determina lesiones en función de desórdenes comportamentales. Aborda el término de plasticidad cerebral constituyendo esta definición uno de los aportes fundamentales de esta teoría (Neuropsicología, 2011).

Por su parte la Neuropsicología cognitiva, trata de desarrollar teorías sobre el funcionamiento cognitivo normal intacto y de explicar los distintos patrones de alteraciones que es posible observar en pacientes neurológicos. Sus supuestos fundamentales son: modularidad funcional y anatómica (la lesión cerebral puede provocar la alteración de una parte concreta del sistema cognitivo), universalidad de la arquitectura cognitiva (las funciones cognitivas tienen la misma estructura en todos los sujetos) y la sustratibilidad (la alteración de un sistema no debe alterar el funcionamiento de los demás). Esta ciencia se basa en un modelo que ha sido verificado con datos procedentes

de la neuropsicología: el modelo de organización modular de la mente de Moscovitch. (véase Figura 2).

A partir de este modelo se pueden explicar las alteraciones conductuales de cada nuevo paciente, constituyendo una contribución valiosa al diagnóstico neurológico. Y permite diseñar programas de rehabilitación basados en dos aspectos fundamentales: la identificación del componente del sistema que está dañado y el conocimiento del estado de los demás componentes del sistema susceptibles de participar en la rehabilitación del paciente (Benedet, 2002).

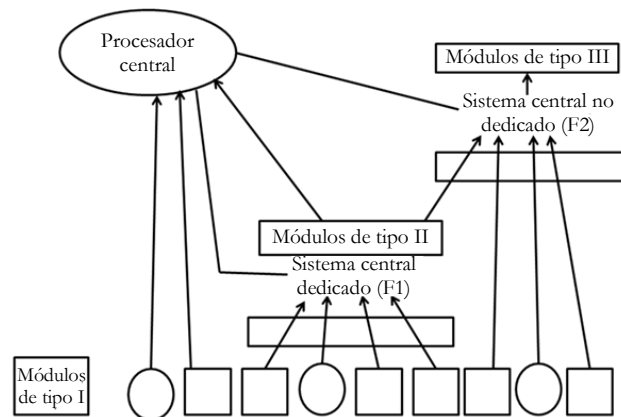


Figura 2. Modelo de organización modular de la mente de Moscovitch.

Esta fundamentación científica de la práctica clínica en Neuropsicología cognitiva está ausente en las metodologías previas, por tanto, tomando en consideración estos postulados y por considerarla la más actualizada en los estudios de neurociencias, constituye el fundamento teórico-metodológico de esta investigación, que tiene como objetivo caracterizar el estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos en los pacientes distímicos con intento de suicidio del municipio Guisa.

Este estudio es de vital importancia, permitirá superar los infradiagnósticos existentes, en la medida que se caractericen alteraciones neuropsicológicas en estos procesos, que hablen a favor de posibles hallazgos biológicos que influyen y/o determinan el comportamiento en estos pacientes, y; en segundo lugar, diseñar intervenciones terapéuticas acertadas para el tratamiento. De esta manera se influirá, a largo plazo, en la disminución de las tasas de suicidio en el municipio, aminorando el impacto social y psicológico que el suicidio provoca.

Además, teniendo en cuenta que, hasta el presente, no se han realizado investigaciones relacionadas con esta problemática en el municipio, permitirá obtener resultados novedosos que incidirán de manera positiva tanto en la calidad de vida de los enfermos como en la de los familiares.

Método

Participantes

Los criterios de inclusión fueron:

- Se encuentren diagnosticados con distimia, con más de dos años.
- Tengan al menos un intento de suicidio.
- Tengan de 36 a 45 años de edad (adultez media).
- Voluntariedad a participar.
- Nivel leve o moderado de depresión.
- El Bender arroje posible daño orgánico.

Como criterio de exclusión se determinó: que los sujetos presenten alguna enfermedad neurológica.

Para una mejor comprensión de este estudio se precisa la justificación de estos criterios:

- Pacientes distímicos con más de dos años del diagnóstico: es una patología de curso crónico, donde el sujeto tiene una RAI tipo II, debido, en la mayoría de los casos, a los infradiagnósticos realizados.

- La inclusión del intento de suicidio se debe a que en el municipio la distimia es la patología de mayor índice de comorbilidad con el mismo.
- La determinación de la adultez media como etapa del desarrollo es vital para este estudio, en las etapas anteriores aún no se ha logrado el pleno desarrollo personalógico que se debe adquirir en esta etapa; y en etapas superiores o en los años terminales de ésta ya suele existir un deterioro cognitivo asociado a la edad que pueda, en cierta medida, alterar los resultados.
- El consentimiento de los pacientes es clave, se abordará el intento de suicidio donde no todos están de acuerdo a cooperar.
- El nivel de depresión de los pacientes puede influir en las respuestas a las técnicas.
- Se considera pertinente corroborar el componente biológico de la depresión a partir de la aplicación del Bender.
- Muchas enfermedades neurológicas cursan con alteraciones en los procesos cognitivos y afectivos que de no ser valorados en la investigación podrían introducir sesgos en la misma.

Para fijar los tres primeros criterios de inclusión se revisaron las historias clínicas, existiendo 33 sujetos diagnosticados con distimia y de estos 23 con más de dos años del diagnóstico. De los 23 pacientes, 18 han tenido al menos un intento de suicidio, y dentro de estos 18, 11 se ubican en el rango de edad de 36 a 45 años. De los 11, 3 presentan enfermedades neurológicas. Luego se valoró el consentimiento para participar en la investigación, donde 3 sujetos no estuvieron de acuerdo exponiendo disímiles causas. Finalmente quedaron 5 pacientes, al aplicarle el inventario de Beck la población quedó conformada por 3, pues 2 presentaron un nivel severo de depresión. A estos 3 pacientes se les aplicó el Bender, donde se obtuvo que presentan posibles daños orgánicos, quedando finalmente conformada la población.

Análisis conceptual y operacional

En esta subsección se analiza el estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos como la variable bajo estudio de esta investigación, realizándose la definición conceptual y operacional de la misma, quedando delimitados los indicadores para su estudio.

Estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos

Definición conceptual:

Condición neuropsicológica de los procesos cognitivos básicos expresada en el habitual comportamiento del sujeto y sustentada por alteraciones o no del Sistema Nervioso Central (SNC) como base biológica de los procesos psíquicos.

Esta variable ha sido definida por el autor de esta investigación, dado que en la búsqueda bibliográfica realizada no se encontró una definición acabada para la misma. No obstante, aparecen ciertos aspectos en los que el autor se ha apoyado para poder definirla.

Definición operacional:

Esta variable asume dos dimensiones de expresión: estado preservado o estado alterado, las cuales adquieren un carácter singular en cada proceso cognitivo básico:

Percepción

Estado preservado: el sujeto no presenta déficits en el conjunto de componentes que aseguran el procesamiento de la información sensorial que entra en el sistema cognitivo. Las bases neurales de la percepción están supuestamente conservadas.

Indicadores:

El sujeto:

- Procesa la información sensorial.
- Procesa perceptualmente (reconoce los objetos) y semánticamente (identifica los objetos).
- Percibe la ubicación y el movimiento de los objetos.

Estado alterado: el sujeto presenta déficits en al menos uno de los componentes que aseguran el procesamiento de la información. Presenta hallazgos neuropsicológicos a favor de posibles daños en las bases neurales de la percepción.

Indicadores:

Los indicadores de esta dimensión se corresponden con los expuestos en la dimensión preservada, pero en su expresión negativa. Es válido aclarar que se considera alterado el sistema con al menos uno de los indicadores afectados, por la estrecha relación que existe entre cada uno de ellos, donde sí se afecta uno se verán afectados los demás.

La explicación de los indicadores de la dimensión alterada se corresponde para cada uno de los procesos cognitivos estudiados, por lo que a partir de aquí no se hará alusión a los mismos.

Atención

Estado preservado: el sujeto es capaz de seleccionar la información para el procesamiento y la acción conscientes, así como mantiene el estado de alerta requerido para el procesamiento atento. Las bases neurales de la atención están supuestamente conservadas.

Indicadores:

El sujeto:

- Mantiene el estado de alerta necesario en cada momento.
- Detecta los cambios estímulares poco frecuentes (vigilancia).
- Selecciona la información relevante (atención selectiva) e inhibe la información irrelevante (resistencia a la distracción).
- Mantiene dicha función selectiva durante la ejecución de una actividad o tarea de cierta duración (atención sostenida).
- Evalúa el estado del sistema en cada momento, incluyendo las necesidades de recursos de cada representación o de cada operación que han de permanecer activadas.
- Distribuye óptimamente los recursos entre las diferentes representaciones y operaciones que están activadas (atención distribuida).

Estado alterado: el sujeto presenta déficits en la selección de la información para el procesamiento y la acción conscientes y/o no es capaz de mantener el estado de alerta. Presenta hallazgos neuropsicológicos a favor de posibles daños en las bases neurales de la atención.

Memoria

Estado preservado: el sujeto es capaz de crear una unidad operativa capaz de llevar a cabo un determinado plan motor o cognitivo, recibe y almacena información acerca de episodios marcados temporalmente, así como tiene un conocimiento mental organizado, de las palabras y otros símbolos y su significado. Las bases neurales de la memoria están supuestamente conservadas.

Indicadores:

El sujeto:

- Aprende y recupera esquemas o rutinas de pensamiento y de acción (Memoria procedimental).
- Registra experiencias inmediatas, manteniendo un registro temporal del orden en que ocurren los acontecimientos (Memoria episódica).
- Tiene un conocimiento mental organizado, de las palabras y otros símbolos verbales, de su significado y sus referentes, de las relaciones entre ellos y de las reglas, fórmulas y algoritmos para la manipulación de los símbolos, los conceptos y las relaciones (Memoria semántica).

Estado alterado: el sujeto presenta déficits en el almacenamiento y/o recuperación de la información. Presenta hallazgos neuropsicológicos a favor de posibles daños en las bases neurales de la memoria.

Durante todo el proceso investigativo, esencialmente en la construcción del marco teórico, el autor utiliza el análisis-síntesis e inducción-deducción, como métodos teóricos fundamentales, así como en el análisis de los resultados.

Técnicas de estudio

Observación: Se realizó de forma incluida y abierta con el objetivo de observar a profundidad las posibles manifestaciones que permitan caracterizar el estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos, partiendo de la valoración de las habilidades personales con que cuentan los mismos.

Entrevista inicial: Constituye el primer contacto con los pacientes. Su objetivo es la presentación de la investigación y conocer su actitud hacia el proceso. Persigue obtener una impresión general de la vida de cada paciente deprimido midiendo variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad y otros datos relacionados con la presencia de enfermedades neurológicas. Pretende lograr establecer el rapport y empatía.

Anamnesis: Se aplicó con el fin de obtener una descripción detallada de la enfermedad (antecedentes patológicos personales y familiares, historia de la enfermedad actual). Constituyó una herramienta clave para observar la velocidad de respuesta, habilidades discursivas, fallos atencionales o mnésicos, grado de colaboración, así como elementos importantes referentes al estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos.

Inventario de Beck: Se utilizó para evaluar el nivel de depresión en el momento de la investigación. El contenido de los ítems refleja, claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión.

Test Gestáltico Visomotor de Bender (Bender): Se aplicó con el objetivo de evaluar posible daño orgánico que hablen a favor de alteraciones en el funcionamiento del SNC, condición que fue evaluada en la conformación de la población. Además, es importante su aplicación porque este test revela características de la percepción, la atención, la coordinación visomotora, la memoria inmediata, y de forma más específica, el movimiento fino, la orientación espacial, la posición relativa entre los elementos, todos estos, aspectos claves para la evaluación neuropsicológica.

Prueba de inteligencia no verbal (Weil): Se aplicó con el objetivo de medir la inteligencia general de los pacientes. Se aplica al inicio pues en dependencia del diagnóstico del cociente de inteligencia, se evalúa el estado de los procesos cognitivos básicos.

Tarea de denominación de objetos: Se aplicó con el objetivo de evaluar el estado de la percepción. Si bien esta técnica evalúa específicamente la identificación de los objetos dentro de las funciones visoperceptivas, al concebirse la percepción como proceso cognitivo básico permite conocer elementos que hablen a favor del estado de la memoria y la atención. En esta tarea se le presentan al sujeto un set de 15 láminas que tienen dibujados objetos cotidianos que debe identificar.

Serios motoras alternantes: Consiste en la ejecución continuada y en silencio de una secuencia de tres posiciones de la mano (puño, palma y canto). En esta tarea de control gráfico, la comparación de la ejecución del paciente con una y otra mano permite detectar diferencias interhemisféricas en el control atencional. Se aplicó con el objetivo de determinar si el sujeto es capaz de mantener la actitud mental flexible requerida para la ejecución continuada de una secuencia.

Tarea «go/no-go»: Consta de tres elementos. Los dos primeros tienen por objeto reforzar automatismos: la tendencia a imitar el gesto del evaluador y la tendencia a hacer lo contrario que éste. El elemento de interés es el tercero. En él, el paciente ha de hacer con sus dedos algo diferente de lo que hace el evaluador y, para hacerlo, ha de poder inhibir cada una de las dos conductas automatizadas que se le acaban de reforzar. Se aplicó con el objetivo de evaluar la capacidad de inhibir los automatismos irrelevantes en los pacientes distímicos, importante en el sistema atencional, específicamente en las personas deprimidas.

Test de la Figura Compleja de Rey: La técnica consiste en pedir al paciente que copie una figura, la cual al idearse se concibió de modo que no tuviera significado, a fin de eliminar la participación de la semántica, su ejecución gráfica fuera fácil y tuviera una estructura de conjunto lo bastante compleja como para requerir habilidades perceptivas analíticas y habilidades organizativas. En su primera parte es una tarea visoperceptiva y visoconstructiva compleja, en la que las habilidades organizativas y de planificación requeridas son importantes. Las pruebas de recuerdo inmediato y de recuerdo diferido evalúan la capacidad de aprendizaje incidental. Por tanto, esta técnica no solo evalúa el estado de la memoria, sino que permite evaluar aspectos importantes de la percepción y la atención.

Procedimientos

Se diseñaron 6 sesiones de trabajo para la aplicación de las técnicas, las que estuvieron planificadas de forma individual, teniendo en cuenta las características de los pacientes y de las técnicas.

Sesión 1: Tuvo como finalidad a través de una entrevista inicial presentar a los pacientes el objetivo de la investigación y se le pide su disposición para participar. Se establecen relaciones empáticas y el rapport necesario para el “compromiso” con el proceso por parte de los pacientes. Se exploró además la presencia o no de patologías neurológicas.

Sesión 2: Inventario de Depresión de Beck y Test Gestáltico Vismotor

Sesión 3: Weil y Anamnesis.

Sesión 4: Se comienza la exploración específica de los procesos: Tarea de denominación de objetos y Tarea «go/no-go».

Sesión 5: Test de la Figura Compleja de Rey y Series motoras alternantes.

Sesión 6: Se realiza con el fin de darle a conocer los resultados de la investigación a los pacientes, así como ofrecerle orientaciones a los mismos respecto a los aspectos revelados en el proceso investigativo.

La observación se empleó en todas las sesiones realizadas. Es válido aclarar que las técnicas aplicadas fueron seleccionadas teniendo en cuenta la patología mental en cuestión y el cuadro clínico de la misma.

Resultados

Se realizó a través de la interpretación de las técnicas y métodos aplicados. La tabulación de los resultados se desarrolló mediante procedimientos cuantitativos vinculados al cálculo porcentual. El análisis se realizó por técnicas en cada caso individual realizándose una generalización de los resultados por cada proceso cognitivo básico.

Estado neuropsicológico del sistema perceptivo

El 100% de los pacientes no presentan daños en el conjunto de procesadores que operan en paralelo, cada uno de los cuales está especializado en un tipo de información y que garantizan la correcta percepción, es decir, no presentan alteraciones en los módulos de tipo I o módulos perceptivos del modelo. El estado neuropsicológico de la percepción se encuentra alterado en el 66,7% de la población, con déficits fundamentales en la identificación y reconocimiento de los objetos, señalando alteraciones en el procesamiento perceptual y semántico, presentan dificultades para identificar objetos cotidianos y en algunos casos saben identificar su función, pero no su definición, o sea 2 de los pacientes presentan alteraciones en los módulos tipo II y en el percepto integrado por la función 1. El 33,3% no presenta alteraciones en este sistema, si bien se considera presenta pequeños déficits en este proceso los cuales son secundarios a las alteraciones de otros procesos como la atención y la memoria. El 100%, tiene preservada la percepción del movimiento y ubicación de los objetos. En sentido general se considera que este proceso cognitivo se encuentra relativamente preservado en el 100%, las alteraciones detectadas están más asociadas a déficits de otros sistemas que a alteraciones del sistema propiamente dicho.

Estado neuropsicológico del sistema atencional

El 100% de los pacientes presentan alteraciones con énfasis en la atención sostenida, este déficit se manifiesta en la incapacidad para “mantener un nivel de eficiencia adecuado y estable durante una actividad de una cierta duración, que solicita un control atencional continuo”. El 66,7% manifestó abiertamente un cansancio y el 33,3%, si bien no lo hizo de forma abierta, su rendimiento descendió. El 100% presenta afectaciones en la inhibición de automatismos y la flexibilidad mental. Estos déficits en el sistema corroboran las alteraciones en la función 1 y posibles alteraciones en el Sistema de Control Atencional. Se considera es uno de los procesos cognitivos en los que más se altera su estado neuropsicológico y esta alteración se expande al resto de los sistemas, como sucede con la percepción y la memoria. En el 100% de la población en estudio es muy probable que estén afectadas estructuras cerebrales tales como: Áreas prefrontales y frontales de la línea media, Giro Cingulado y porciones de los Ganglios Basales, responsables de los déficits evaluados.

Estado neuropsicológico del sistema de memoria

En el 100% de los pacientes se encuentra alterado, presentando déficits en la memoria procedimental y episódica, presentan dificultades para ejecutar determinadas tareas que requieren de un plan o motor cognitivo, como se muestra en las tareas aplicadas y dificultades para recordar episodios o acontecimientos marcados temporalmente. El 33,3% presenta déficit en la memoria semántica; el paciente no fue capaz de nombrar algunos objetos de la vida cotidiana, lo que habla a favor de posibles daños en la corteza temporal lateral. Estas alteraciones en la memoria semántica no son de interés en la investigación ya que este sistema está estrechamente ligado al sistema del pensamiento, y este proceso no se contempla en la exploración realizada; estas afectaciones hablan a favor de alteraciones en los módulos semánticos, módulos de tipo III y en el procesador central. Además, se considera que las alteraciones en la memoria a corto plazo presente en el 66,7%, están asociadas con los déficits atencionales que presentan. Se considera podrían estar afectadas en el 100% de la población estructuras de los ganglios basales, el sistema asociativo-hipocámpico y un sistema central frontal.

Discusión y conclusiones

Los procesos cognitivos básicos están estrechamente relacionados, la afectación en un sistema se expresa de forma secundaria en otro, de ahí la importancia de la ley de modularidad, sustento teórico-metodológico de la exploración neuropsicológica, que permite, al concebir la mente como un sistema modular, mejorar un módulo sin necesidad de volver a diseñar el sistema entero, por lo que no se hará difícil introducir correcciones o mejoras en el mismo.

El 100% de los pacientes se encuentra deprimido en el momento de la exploración, exponen un cociente de inteligencia normal, lo que permite que tengan un funcionamiento cognitivo global adecuado y no presentan enfermedades neurológicas que justifiquen sus daños. En los pacientes distímicos con intento de suicidio el estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos está alterado, es decir, presentan en su habitual comportamiento conductas que evidencian posibles lesiones en el SNC.

La percepción como proceso cognitivo básico presenta alteraciones en el reconocimiento e identificación de los objetos las cuales se asocian a los déficits atencionales que muestran. Por su parte en el sistema atencional existen importantes afectaciones en la atención sostenida (las alteraciones del sistema perceptivo se relacionan específicamente con estos déficits), así como se observan afectaciones en la inhibición de automatismos y la flexibilidad mental, elementos que comprometen el comportamiento habitual de los sujetos, máxime si se valoriza que se están evaluando pacientes distímicos. Estas alteraciones en la atención también afectan la memoria, que en el 100% de los pacientes presenta déficits importantes en la procedimental y la episódica.

Se obtuvo además que existe una relación directa entre la cronicidad de los síntomas y la magnitud de las alteraciones en los procesos cognitivos básicos, pero en la investigación no se identificó quién determina a quién por no ser objetivo de la misma.

Según el modelo básico para la exploración neuropsicológica se aprecia que se encuentran alterados los módulos de tipo II, los módulos semánticos, la función I y el procesador central. Por tal razón presentan posibles alteraciones en las siguientes estructuras cerebrales: áreas prefrontal y frontal, ganglios basales y en el sistema asociativo-hipocámpico.

Se considera además que en los 3 pacientes distímicos, que representan el 100% existen lesiones en el sistema límbico, debido a los signos y síntomas que presentan, relacionados con la expresión de las emociones y los estados de ánimo (tristeza, depresión, inestabilidad emocional, poco control emocional). Por lo que se puede concluir que: El estado neuropsicológico de los procesos cognitivos básicos en los pacientes distímicos con intento de suicidio está alterado, mostrándose una estrecha relación entre cada uno de estos sistemas. El sistema perceptivo presenta déficits en el procesamiento perceptual y semántico de los objetos, asociados a las alteraciones de la atención. Se mantiene preservada la percepción del movimiento y la ubicación de los objetos. Las alteraciones en el sistema atencional se centran en déficits importantes en la atención sostenida, la inhibición de automatismos irrelevantes y la flexibilidad mental que afectan a su vez, los demás elementos del sistema, dígame la detección de cambios estímulos poco frecuentes, la selección de información relevante, la distribución óptima de los recursos, así como inciden de manera directa en el estado de los sistemas restantes. En el sistema de la memoria los déficits fundamentales se encuentran en la memoria procedimental y episódica, afectando la creación de una unidad operativa capaz de

llevar a cabo un plan motor, el almacenamiento de episodios marcados temporalmente, el registro de experiencias inmediatas y, en menor medida, el conocimiento organizado de palabras y sus significados. Los pacientes distímicos con intento de suicidio presentan posibles lesiones o alteraciones en las áreas prefrontal y/o frontal, en los ganglios basales, en el sistema asociativo-hipocámpico y en el sistema límbico.

Recomendaciones

- Evaluar con técnicas neurofisiológicas y de neuroimagen los déficits de los procesos cognitivos básicos encontrados, de modo que se puedan convertir en marcadores biológicos de esta patología y, de esta manera, tributar a un diagnóstico certero.
- Diseñar estrategias de rehabilitación cognitiva dirigidas a los pacientes distímicos con intento de suicidio del municipio de Guisa.

Referencias

- Alberdi, J. Taboada, O; Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión. Extraído el 23 de enero 2011 de <http://www.fisterra.com> Guías Clínicas 2006; 6 (11)
- Bausela, E. (2009). Test y evaluación neuropsicológica Revista Chilena de Neuropsicología, No2, 78-83.
- Benedett, M. (2002). *Fundamentos teóricos y metodológicos de la psicología cognitiva*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Calimón, N. Téllez, J. & Cisneros, C. (2006). Factores de riesgo y prevención [<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/3-NEUROBIOLOGIA-OK.pdf>] *Neurobiología del suicidio*.42-61.
- Campos, G., Roa, J. A., Pérez, A., Salazar, O. & Piragauta, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. [<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28334103.pdf>] *Revista Colombia Medica*, Vol. 34 # 001; 9-16.
- Charri, L. (2007). Caracterización sociodemográfica y psicológica de los casos de suicidio y una serie de casos de intento suicida en Popayán en el año 2007. *Colombia Forense*, No5, 38-46.
- CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades
- Colimón, N., Téllez, J. & Cisneros, C. (2007). Neurobiología del suicidio. Del libro: Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención, 42-61. Neuropsicología, extraído el 23 de enero de 2011 de: <http://www.neuropsicologia.cl/>
- Depresión y suicidio, 7 artículo 2. Extraído el 23 de enero del 2011 de la sección: <http://.Monografias.com/trabajos/Freid/Freud.Shtml>
- DSM IV (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders 1994)
- Duran, D., Mazzotti, G. & Vivar, A. (2009) *Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general* (Proyecto Interventivo) Braga: Escuela Francesa de Psicología general: Universidad Cayetano Heredia.
- Evaluaciones Neuropsicológicas, (2010) extraído el 24 de enero de 2011 de http://www.psiquiatriauc.cl/evaluaciones_neuropsicologicas
- Explicación neuropsicológica de la depresión (2010). *Unidad psicológica terapéutica de Durango extraído el 25 de febrero de 2011 del sitio:* [http://www.actiweb.es/unidad/depresion_ansiedad.html], 1-3.
- Fañanás, L. (2010). Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depresión. Eextraído el 23 de enero de 2011 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>
- Figueras, A. (2006) *Evaluación Multimétodo y Multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*: La depresión en la infancia y la adolescencia. Tesis doctoral dirigida por el Dr. Juan Antonio Amador Campos
- Fuentes, L, J. (2001). Déficit de atención selectiva en la esquizofrenia *Revista Neurológica*, No32, 387-391.
- Gastó, C. Navarro, V. & Serra, M. (2006). Valor pronóstico de las técnicas de neuroimagen en la depresión *Informaciones Psiquiátricas - Segundo trimestre 2006. Número 184*, extraído el 23 de enero de 2011 de: http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_07.htm
- Gastó, C. & Navarro, V. (2010). Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración. Extraído el 23 de enero de 2011 de: <http://dbsalliance.hispanicare.com/info/depression.html#symptoms%20of>
- González, S. Fabelo, R. González, E. Iglesias, S. & Fuentes, L. (2010). Ideas suicidas en pacientes adultos con epilepsia. Extraído el 29

- marzo 2010 del sitio: [www.neurociencia.cl] *Revista Chilena de Neuropsicología*. Vol. 5. N°2.91- 101.
- González, F. (2007). Instrumentos para medir la inteligencia y trastornos orgánicos. En: Editorial Ciencias Médicas. Instrumentos de Evaluación Psicológica. (pp 64-83). La Habana.
- González, J. C. (1995). *Tentativas de suicidio en la adolescencia*. Presentación de Tesis Doctoral, Madrid, 1-486.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2010). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Monografía. Extraído el 18 de diciembre del 2010 del sitio: <http://www.diariosalud.net>
- Guibert, W., Alonso, A, P. (2010). *Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas* Revista Cubana de Medicina General Integral, 1-23.
- Howland, R. (1996). Depresión Crónica y Refractaria RET, Revista de Toxicomanías. N° 9
- John Keilp G. & Ph.D., Harold Sackeim A. &, Ph.D., Beth S. Brodsky, & María Ph.D., A. Disfunción neuropsicológica en el intento de suicidio en deprimidos. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/158/5/735>
- La depresión y el suicidio, 5, artículo 3. Extraído el 12 de enero de 2011 de: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/.../Depresión, suicidio.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/.../Depresión_suicidio.pdf)
- León, J. (2003) Intento de suicidio sección de psiquiatría fundación santa fe de Bogotá, vol 5, 1334-1338. http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Psiquiatria/Intento_de_suicidio.
- Martínez, M. (2007). Servicio Informativo de la Biblioteca Médica Nacional *Depresión e intento suicida*. [www.pdfactory.com] Vol. 14 No. 1,1-9.
- Mojarro, M.D. (2008). Depresión y suicidio *Revista Pediátrica Integral*, Vol: 12 No10, 937-943.
- Nunilaura (2010). Trastornos mentales. Extraído el 26 de febrero del 2011 en el sitio: [<http://www.monografias.com/trabajos11/metods/methods.shtml#ANALIT>]
- Palacios, X., Rueda, A. & Valderrama, P. (2006). Relación de la ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos Psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA *Revista Colombiana de Psicología*, No15, 15-38.
- Prats, J, M., Velasco, M. & García, L. (2000). Cerebelo y Cognición *Revista de Neurología Clínica* 2000, No1, 62-67.
- Pérez, N. (2007). La Neuropsicología y los fenómenos psíquicos extraído de: [http://www.sld.cu/galerias/.../neuropsicologia_1_infomed%5B1%5D.doc], 3-21.
- Pezawas, L. (2005). Componente genético de la depresión *La Prensa Gráfica.com* extraído el 23 de enero de 2011 de <http://www.laprensagrafica.com/vivir/229911.asp>
- Rozados, ¿Tiene usted depresión? Extraído el 23 de enero 2011 de <http://www.depresión.psicomag.com>
- Seguí, J. (2003). Psicología y Neuropsicología: Pasado, Presente y Futuro extraído de: *Revista Argentina de Neuropsicología* 1, 1-7 (2003).
- Seminowicz, D. A., Mayberg, H.S., McIntosh, A.R., et AL (2004). Limbic-frontal circuitry in major depression: a path modeling meta-analysis. [Versión electrónica]. *Neuroimage*, 22, 409-418.
- Serrani, D. (2010). Vulnerabilidad a la conducta suicida en pacientes borderline. Extraído el 16 de enero del sitio [URL : <http://www.portalesmedicos.com>] *Psicología psiquiátrica*, 2-9.
- Torres, T. E. (2007). Trastorno límite de la personalidad: Tratamiento desde un enfoque cognitivo conductual [www.neuropsicologia.cl] *Revista Cuadernos de neuropsicología*, I (3), 174 -371.
- Valdevila, J.A. (2009) Tratamiento con estimulación magnética transcranial repetitiva a pacientes portadores de trastornos distímicos con respuesta antidepressiva inadecuada. Tesis de post-grado para la obtención del título de Máster en Neurociencias. Hospital Clínico Quirúrgico “Juan Bruno Zayas”, Santiago de Cuba.