

Características clínicas y función ejecutiva en pacientes alcohólicos

Clinical characteristics and executive function in alcoholic patients

Lic. Yunisleidis Alonso Fuentes

Licenciada en Psicología. Hospital General Docente "Enrique Cabrera", Servicio de Psiquiatría del Galigarcía. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Identificar posibles asociaciones entre características clínicas de pacientes alcohólicos y la función ejecutiva.

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio, correlacional, con un diseño de divisiones cruzadas, en el período de enero-marzo de 2015 en el servicio de psiquiatría Galigarcía del Hospital Enrique Cabrera, La Habana. Se trabajó con un universo de 10 pacientes alcohólicos y se administró la sesión 11 del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) y la Batería de Evaluación Frontal (FAB).

Resultados: Los sujetos se caracterizaron por un patrón de adicción alcohólica moderado y grave. Se encontró correlación negativa entre similitudes (capacidad de abstracción del pensamiento) y años de consumo (-0.786), así como correlación positiva no esperada entre serie motora (sensibilidad a la interferencia) y años de consumo (0.656)

Conclusiones: Los sujetos alcohólicos presentaron alteración en la dimensión de la función ejecutiva: Secuenciación. Los indicadores de disexecutividad encontrados fueron: déficit en la capacidad de abstracción del pensamiento, para secuenciar series motoras de programación y tareas de go no go, así como fluidez verbal. Se encontraron correlaciones entre los indicadores de disexecutividad de las funciones ejecutivas y las características clínicas.

Palabras clave: disfunción ejecutiva, alcoholismo, características clínicas asociadas a consumo.

ABSTRACT

Objective: To identify possible associations between clinical characteristics of alcoholic patients and executive function.

Methods: An exploratory, correlational study was conducted with a cross design divisions, in the period from January to March 2015 in the psychiatric Galigarcía Enrique Cabrera Hospital, Havana. We worked with a universe of 10 alcoholic patients and Session 11 Scale for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) and Frontal Assessment Battery (FAB) was administered.

Results: Subjects were characterized by a pattern of moderate and severe alcohol addiction. negative correlation between similarities (ability to abstract thinking) and years of consumption (-0.786) and unexpected positive correlation between motor series (sensitivity to interference) and years of consumption (0.656) was found

Conclusions: The alcoholic subjects had altered the dimension of executive function: Sequencing. Executive dysfunction indicators found were: deficit in the ability to abstract thinking, motor sequencing series programming and go no go tasks and verbal fluency. correlations between indicators of executive dysfunction and clinical characteristics were found.

Keywords: executive dysfunction, alcoholism, consumption associated with clinical characteristics.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el abuso y la adicción a diversas drogas está siendo objeto de estudio en la ámbito de la neuropsicología, ya que su consumo se ha asociado al deterioro de diversas funciones neuropsicológicas teniendo especial consecuencias en las funciones ejecutivas, correlacionado a su vez con otras alteraciones estructurales y funcionales.¹

Las funciones ejecutivas son un constructo teórico no suficientemente acabado. Ardila, las define como "aquellas que le permiten a un individuo organizar, integrar y manipular la información adquirida. De este modo, al estar dichas funciones particularmente desarrolladas en el ser humano le dotan de la capacidad de crear, anticipar, planear, y abstraer, entre otras. Las funciones ejecutivas permiten organizar el comportamiento con el fin de lograr una meta a largo plazo, regular nuestras emociones y en general, regular nuestro comportamiento. Estas funciones también están involucradas en la conducta social, ya que le permiten al individuo anticipar el estado de ánimo o pensar de otros, asimismo, participan en la emisión de juicios basados en estados afectivos".²

Las drogodependencias constituyen un problema de salud de alta complejidad. Su alta prevalencia, el impacto en la vida de las personas y las nocivas consecuencias sociales la convierten en uno de los mayores problemas sanitarios de la actualidad.³

Los primeros estudios sobre las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales asociada de las drogas de abuso se iniciaron a mediados de los años 80. Estos trabajos apuntaban a la existencia de ciertos déficits considerados crónicos y secundarios al rendimiento cognitivo en adictos.⁴

Estas alteraciones pueden explicar algunas de las dificultades que presentan los consumidores de drogas a la hora de asimilar algunos de los componentes de los procesos de intervención y tratamiento que tienen una importante carga cognitiva – educativa.⁵

Por lo que se refiere a las conductas adictivas los estudios neuropsicológicos más recientes se centran en dos aspectos. Por un lado, se ha intentado encontrar el sustrato neurobiológico de los trastornos adictivos. Se trata de estudios basados en modelos experimentales de laboratorio y en técnicas de neuroimagen funcional, que han descrito el denominado "Sistema de Recompensa Cerebral" ligado al sistema dopaminérgico. Por otro lado, se ha estudiado el tipo concreto de habilidades cognitivas preservadas y afectadas en sujetos adictos. Estos últimos estudios intentan establecer un perfil neurocognitivo de las conductas adictivas.⁶

La evaluación de las funciones ejecutivas es compleja, posiblemente por la escasa operatividad de la descripción de este constructo, así como por la estructura de los test empleados. Esta situación ha motivado que diferentes investigadores consideren que la forma más práctica y operativa para evaluar las funciones ejecutivas, es tratar de analizar de forma separada los procesos implicados en el funcionamiento ejecutivo. Los procesos más analizados son la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la fluidez verbal fonológica y semántica, la inhibición o control de la interferencia, la flexibilidad cognitiva, la planificación y toma de decisiones.⁷

El presente estudio tuvo como objetivo identificar posibles asociaciones entre características clínicas de pacientes alcohólicos y la función ejecutiva.

MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación es exploratoria, correlacional, con un diseño de divisiones cruzadas. Se realizó en el período de enero-marzo de 2015 en el servicio de psiquiatría Galigarcía del Hospital Enrique Cabrera, La Habana. Se trabajó con un universo de 10 pacientes alcohólicos, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: haber sido ingresados en el servicio de psiquiatría Galigarcía, del Hospital "Enrique Cabrera" con el diagnóstico de Dependencia a alcohol, acceder a participar en la investigación, a partir del consentimiento informado, no presentar recidivas resientes a dos

semanas.

Criterios de exclusión: que posean patología dual, trastornos inducidos por alcohol, pacientes que posean encefalopatías alcohólicas, identificado a partir de la prueba "Aprendizaje de 10 palabras de Luria".

Definición de variables: Se definió la variable función ejecutiva como procesamiento cognitivo necesario para la anticipación, selección de metas, planificación, monitoreo y uso del feedback durante la ejecución de tareas. Implican la capacidad para planificar, iniciar, secuenciar, mantener y manipular información, monitorizar y detener un comportamiento complejo (inhibición) si este es erróneo.

A los efectos de la investigación se conceptualizó subprocessos en una dimensión de las Funciones Ejecutivas y se describen los indicadores de disejecutividad. La dimensión es: Secuenciación. Los indicadores de disejecutividad que se conceptualizaron fueron: déficit en la abstracción del pensamiento, dificultad para secuenciar actos motores. Así como fluidez en el léxico.

Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión

2000: Consiste en un sistema de entrevista clínica semi-estructurada, mediante el cual es posible realizar la entrevista con un grado de fiabilidad diagnóstica mayor que la entrevista clínica común. Para la presente investigación se trabaja con la sesión 11 para explorar las características clínicas asociadas al consumo, se utilizó algunos de sus ítems correspondientes a Consumo de bebidas alcohólicas.

Escala de Evaluación Frontal- FAB. I. Litvan

Es un test de cribado de funciones ejecutivas, que consiste en seis componentes de funciones ejecutivas: Conceptualización y razonamiento (analogías), Flexibilidad mental (fluencia verbal), Programación motora y control ejecutivo de la acción (secuencias motoras), Resistencia a la interferencia (instrucciones conflictivas), control inhibitorio (go-no-go), Autonomía del ambiente (Prehensión).

La correcta ejecución de cada subprueba recibe un puntaje de 3, llevando a un puntaje máximo de 18 para la prueba. El punto de corte para el déficit frontosubcortical en 16-15, y el punto de corte para la demencia frontosubcortical en 13-12.⁸

Se determinaron medidas descriptivas y se empleó la prueba no paramétrica Correlación de Spearman, para determinar asociaciones. Se utilizó un nivel de significación del 5 % en todas las pruebas de hipótesis. Se consideró que existía diferencia significativa cuando la probabilidad asociada al test aplicado fue menor de 0,05. Los resultados de la aplicación del SCAN fueron recogidos en el programa de diagnóstico informático CATEGO V.

Se conformó un documento de consentimiento informado donde los pacientes debían firmar y que contenía información sobre los objetivos del estudio y procederes, teniendo en cuenta el carácter voluntario, la confidencialidad y la posibilidad de retirarse de la investigación siempre que lo desearan los participantes.

RESULTADOS

El universo está compuesto por 10 sujetos, 3 hombres y 7 mujeres, con edades que van desde los 32 años hasta los 60 años. La edad promedio de la muestra fue de 45.47 ± 7.9 años.

Predominaba en los pacientes una escolaridad en el rango de 9 a 17 años de estudio, con una media de 12.0 años, que corresponde con los estudios pre universitarios.

En cuanto a las variables clínicas asociadas al consumo de alcohol, se encontró en los ítems seleccionados de la sesión 11 del SCAN; los siguientes resultados: la edad al inicio de la ingestión de bebidas alcohólicas varió desde los 14 a los 39 años, con una edad media de 22.50 ± 9.78 años. Los años de consumo se encuentran de 5 a 30, con una media de 26.00 ± 9.67 años.

El 70 % (7/10) de los sujetos tenían necesidad subjetiva de consumir alcohol, mostrando indicadores de inquietud, irritabilidad, cambios del humor sin causa aparente, así como preocupación por esta situación. En cuanto a la capacidad de abstención el 80 % (8/10) logra estar un mes o más sin consumir con o sin ayuda médica. El 90 % (9/10) desarrolla marcada tolerancia, pues han tenido la necesidad de incrementar la ingestión del alcohol para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. El 50 % (5/10) presentó un moderado fracaso en desempeñar las principales obligaciones inherentes al rol social, refiriendo haber descuidado la mayoría de sus obligaciones y responsabilidades como consecuencia del consumo de alcohol, así como la totalidad de los sujetos 100 % identifican la persistencia del consumo a pesar de presentar afectaciones somáticas o en el orden de su salud física o mental.

Se observó el universo de los pacientes, según los puntajes obtenidos en la Batería de Evaluación Frontal. El 60 % (6/10) de los pacientes muestra un déficit frontosubcortical con puntajes inferiores a 16, lo cual se traduce en una disminución en las capacidades ejecutivas y el 40 % (4/10) restante obtienen puntajes inferiores a 12 puntos, lo cual corresponde a demencia frontosubcortical, es decir, presentan dificultades en las capacidades ejecutivas. Ningún sujeto alcanza puntajes de 17-18, los cuales se consideran normales.

Al analizar la ejecución de los pacientes en la FAB por ítem observamos que el 40 % (4/10) de los sujetos obtuvieron 1 punto y el 50 % de los sujetos obtuvieron 2 puntos en conceptualización, indicando dificultades para abstraer similitudes entre dos conceptos pertenecientes a una misma categoría semántica. En el ítem de fluidez verbal, el 70 % (7/10) obtuvo un puntaje entre 2 y 1, indicando dificultades para generar información a partir de la letra A (flexibilidad mental espontánea), solo el 30 % dijo más de 9 palabras. El 60 % (6/10) de los sujetos recibe un puntaje de 2 en el ítem de programación motora indicando una disminución de la programación de la secuencia motora, los sujetos fracasan en imitación primeramente. El 60 % de los sujetos reciben un puntaje de 2 en el ítem de sensibilidad a la interferencia, indicando una disminución de la capacidad de llevar a cabo instrucciones conflictivas. Solo el 30 % (3/10) de los sujetos reciben respuestas de máximo puntaje en el ítem go no go, el otro 70 % de los sujetos presentan dificultades para inhibir respuestas automáticas, (control de los impulsos). El 100 % de los sujetos reciben puntaje de 3 en el ítem de conducta y prehensión, lo cual señala que no presentan el reflejo de prehensión (signo de liberación frontal).

Correlaciones no paramétricas

En nuestra investigación se establecieron correlaciones no paramétricas, en las cuales se encontraron correlaciones entre: los indicadores de disexecutividad en las dimensiones de las funciones ejecutivas y las características clínicas mentales relacionadas con el consumo crónico del alcohol. A continuación se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Cuadro resumen de correlaciones encontradas

FAB	Años de Consumo	
	Ítems	Spearman-Rho
Similitudes		-0,786
Serie motora (interferencia)		0,656

La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Se encontró correlación negativa entre similitudes y años de consumo. Por lo que:

- A menor puntaje en similitudes (capacidad de abstracción del pensamiento), mayor los años de consumo crónico de alcohol.

Podemos observar, la existencia de correlación positiva entre serie motora (sensibilidad a la interferencia) y años de consumo. Es decir:

A mayor puntaje en serie motora de interferencia (indicativo de preservación de resistencia ante la interferencia), mayor los años de consumo crónico de alcohol.

DISCUSIÓN

La mayor parte del universo alcanza desempeños correspondientes en la FAB a déficit frontosubcortical. Esto se corresponde con los estudios de diversos autores los cuales sostienen que la neurotoxicidad del alcohol afecta a estructuras cortico- subcorticales, afectando más a la sustancia blanca subcortical que a la gris cortical.⁹ También otros plantean que los alcohólicos presentan elementos de disfunción cortical predominantemente frontal, y por lo tanto tienen alteraciones de la memoria de trabajo, de la atención y de la función ejecutiva, como es de esperarse en este tipo de pacientes. Y un promedio de hasta 5 características clínicas de consumo presentes de manera severa.¹⁰

El estudio arrojó que la dimensión secuenciación se encuentra afectada en los sujetos alcohólicos. En la evaluación de la disfunción ejecutiva, el ítem que mayor dificultad presentó para los sujetos fue conceptualización, indicando problemas para abstraer similaridades entre dos conceptos pertenecientes a una misma categoría semántica. Se observó que con frecuencia, las respuestas dadas a este ítem consistían en similitudes concretas entre los objetos presentados y especialmente frente a los objetos mesa-silla, donde se observó la tendencia a responder; la silla es para sentarse y la mesa para comer o escribir. Solo un paciente respondió muebles. Este tipo de respuestas es reportado como características de pacientes con disfunción frontal, dada una dificultad de razonamiento abstracto.⁸

El ítem de fluidez en el léxico, representó el segundo más difícil para los sujetos, predominando la generación de 3 a 5 palabras. Los sujetos que obtuvieron un puntaje de 3, pudieron generar 10 y 11 palabras en un minuto. Este resultado refleja una dificultad de la fluencia verbal fonológica (flexibilidad mental), dato que se ha reportado en investigaciones como una disminución en la capacidad de generación de palabras.¹¹

El ítem de sensibilidad a la interferencia recibió un puntaje promedio de 2, indicando disminución para seguir instrucciones conflictivas. Así como el ítem de go no go indicó dificultades para el control de los impulsos. Se observó que la mayor parte de los sujetos pudo ejecutar la imitación, pero encontraron difícil inhibir la tendencia a imitar los golpes del evaluador. Este patrón de respuesta, ha sido descrito en pacientes con lesiones frontales, en especial en el área ventral de los lóbulos frontales.¹²

En el ítem de programación motora el puntaje que predominó fue 2, fracasando en la imitación. Se observa una dificultad en aprender el orden de los gestos que componen la muestra y una tendencia a alterar alguno de los gestos. Lipton describe que el mejor ítem que discrimina pacientes con demencia frontotemporal a pacientes con otras demencias como Alzheimer, la cual tiene desempeños muy inferiores, es el de programación motora.¹³

Entre algunos autores, existe un mayor grado de acuerdo en torno a que en la adicción se observa una afectación de funciones, implicadas en la resolución de situaciones que incluyen aspectos como la planificación, la abstracción, la inhibición de respuestas irrelevantes, la flexibilidad mental, la generación de conceptos, los ensayos mentales y el reconocimiento del logro.¹⁴

La totalidad de los sujetos no presentan dificultades en el ítem de Conducta de Prehensión, lo cual indica la ausencia del reflejo primitivo de prehensión (tomar las manos del evaluador). Este reflejo es altamente indicativo de una disfunción frontal.

Se constató que los años de consumo, a partir de 25 años, tienen peor relación con el desempeño cognitivo. La necesidad subjetiva de la sustancia, alteración de la capacidad de abstención una vez iniciado el consumo de alcohol, persistencia a pesar de daños, y marcada tolerancia, son las características clínicas de mayor severidad y presencia.

La relación entre características clínicas y disfunción ejecutiva se encuentra presente a partir de datos clínicos como tiempo de evolución de enfermedad, donde no influye el nivel escolar de los sujetos, lo cual pudiera sugerir que la disfunción ejecutiva es atribuible a la enfermedad. Este resultado avala los postulados de investigadores como Pineda.¹⁵

Se encontró correlación negativa entre similitudes y años de consumo. Los alcohólicos presentan dificultades en la capacidad de abstracción del pensamiento a medida que el tiempo de consumo es cada vez mayor. Así como se encontró correlación positiva no esperada entre serie motora (sensibilidad a la interferencia) y años de consumo, lo cual indica que a pesar de los años de consumo se encuentra preservada la resistencia a la interferencia.

Por lo que se concluye que: la dimensión de secuenciación de las funciones ejecutivas se encuentra alterada. Los indicadores de disejecutividad fuero déficit en la capacidad de abstracción del pensamiento, fluidez verbal (flexibilidad mental), dificultad en las series motoras de programación y go-no-go. Se encontraron correlaciones entre los indicadores de disejecutividad en la dimensión de las funciones ejecutivas evaluadas y las características clínicas.

Anexo 1

Batería de Evaluación Frontal (FAB) I. Litvan

1. Similitudes (Conceptualización).

En que son parecidos, un plátano y una naranja, (en caso de fracaso total, ellos no se parecen o fracaso parcial tienen cascara, ayude al paciente diciendo ambos son...., pero acredeite 0 por el ítem.

Una mesa y una silla.

Un tulipán y una rosa.

Un auto y un avión.

Son consideradas respuestas categóricas (frutas, muebles, flores).

3 Respuestas correctas-----3 ptos

2 Respuestas correctas-----2

1 Respuesta correcta-----1

No respuestas correctas----- 0.

1. Fluidez en el léxico (Flexibilidad mental).

Diga todas las palabras que comienzan con "s", cualquier palabra excepto, apodos o nombres propios.

Si el paciente no responde durante los primeros 5 segundos, diga por ejemplo, serpiente, si el paciente hace una pausa durante 10 segundos estimúlelo (a) diciéndole, cualquier palabra que comience con "s", el tiempo de duración de la prueba es de 60 segundos.

Más de 9 palabras-----3 ptos.

De 6 a 9 palabras-----2

De 3 a 5 palabras-----1
Menos de 3 palabras-----0

1. Series motoras (Programación).

Mire cuidadosamente lo que estoy haciendo, el examinador sentado delante del paciente y ejecuta tres veces con su mano izquierda las series de Luria puño-borde- palma. Ahora usted hará las mismas series con la mano derecha, primero conmigo, después solas.
El paciente ejecuta seis series consecutivas correctamente-----3 ptos.
Ejecuta por lo menos 3 series consecutivas correctamente-----2
El paciente falla solo, pero ejecuta por lo menos 3 series consecutivas correctamente-----1
El paciente no puede ejecutar por lo menos 3 series consecutivas ni con el examinador-----0

1. Serie motora (sensibilidad a la interferencia).

Golpee dos veces cuando yo golpeo una vez, para asegurarse que el paciente ha comprendido las instrucciones, se hace una serie de tres pruebas: 1-1-1, Golpee una vez cuando yo golpeo dos veces, para asegurarse que ha comprendido se hacen nuevamente tres pruebas 2-2-2.
El examinador hace las siguientes series:
1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.
No errores-----3ptos.
1 o 2 errores-----2
Más de 2 errores----1
El paciente golpea mientras el examinador golpea 4 veces consecutivas ---0

1. Series motoras (control inhibitorio).

Golpee una vez cuando yo golpeo una vez. Para asegurarse que el paciente ha comprendido se hace una serie de tres pruebas 1-1-1, No golpee cuando yo golpee dos veces. Para asegurarse que el paciente ha comprendido, se hace una serie de tres pruebas 2-2-2. El examinador hace las siguientes pruebas.
1-1-2-1-2-2-2-1-1-2
No errores-----3ptos.
1 o 2 errores-----2
Más de 2 errores----1
El paciente golpea mientras el examinador golpea 4 veces consecutivas---0.

1. Conductas de compensación

El examinador esta sentado frente al paciente, coloque hacia arriba las palmas de las manos del paciente en sus rodillas, sin decir nada o mirando al paciente, el examinador lleva sus manos a las del paciente y toca las dos palmas de (el ó ella), para ver si espontáneamente el paciente toma las suyas. Si el paciente toma sus manos el examinador lo hará de nuevo y le dirá "ahora no tome mis manos".
El paciente no toma las manos del examinador-----3ptos.
El paciente duda y pregunta que debe hacer-----2.
El paciente toma las manos sin dudar-----1
El paciente toma las manos aun después de haberle dicho que no lo hiciera --0.

TOTAL /18

Anexo 2

Características clínicas del consumo (SCAN). Se consideraron todas las características asociadas al consumo de la sustancia y que definen la magnitud y severidad de la Entidad. Para ello se consideraran:

Inicio de consumo: edad de la persona cuando comenzó a consumir alcohol. Los ítems 11.033 y 11.034 recogen la edad de inicio de las primeras manifestaciones de alcoholismo y la edad de la persona al momento de ser aplicado la sección respectivamente. Con estos datos se conformó la variable **años de consumo**.

Necesidad subjetiva de la sustancia: cuando el paciente refiera o se identifiquen evidencias clínicas comportamentales que indiquen la necesidad de consumo en relación a la posibilidad real de control el comportamiento. *Presente:*el paciente muestra indicadores de la necesidad subjetiva de consumo mediante la intranquilidad, irritabilidad o modificaciones en el estado del humor, así como preocupación por esta situación.

Ausente: la paciente no refiere la necesidad, ni se evidencias indicadores que muestren tal necesidad subjetiva del consumo de la sustancia.

Alteración de capacidad de abstención: capacidad referida o mostrada por el paciente para controlar el consumo de la sustancia, se evaluará según estadios de tiempos establecidos al efecto.

Sin dificultad: cuando el paciente muestra capacidad de controlar el consumo según se lo proponga, con o sin ayuda terapéutica.

Durante un mes o más: cuando el paciente muestra capacidad de controlar el consumo en este tiempo, con o sin ayuda terapéutica.

Menos de un mes: cuando el paciente muestra capacidad de controlar el consumo en este tiempo, con o sin ayuda terapéutica.

Alteración de la capacidad de detener el consumo: evidencia la dificultad que presentan estos pacientes para controlar el consumo una vez iniciado.

*Sin dificultad:*no presenta dificultades para controlarse tras iniciar el consumo de sustancia.

Leve: presenta ligera dificultad en la capacidad de control una vez iniciado el consumo de la sustancia. Puede hacerlo en ocasiones pero en otras no.

*Moderada:*presenta ligera dificultad en la capacidad de control una vez iniciado el consumo de la sustancia. Habitualmente consume más que lo que pretendía antes de iniciar.

*Severa:*Alteración seria de la capacidad de control. Consumo de forma desproporcionada en forma de intoxicaciones significativas.

Tolerancia: proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que, conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto.

No desarrolla tolerancia: se considerará cuando no se identifique en la paciente la existencia de necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio

Alguna, pero no marcada: se considerará cuando se identifique en la paciente, la existencia de necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio

Marcada: se considerará cuando se identifique en la paciente, la existencia de necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En este caso la paciente puede tolerar al menos un 50% más que anteriormente.

Fracaso en desempeñar las principales obligaciones inherentes rol social: hace referencia a al hecho de dejar de cumplir las obligaciones y responsabilidades, dígase actividades laborales, de estudios, cuidado de los hijos.

Sin dificultad: No presenta dificultad en este sentido.

Leve: La paciente refiere haber descuidado algunas obligaciones como consecuencia del consumo de sustancias.

Moderada: La paciente refiere haber descuidado la mayoría de sus obligaciones como

consecuencia del consumo de sustancias.

Severa: La paciente refiere haber descuidado la totalidad de las obligaciones como consecuencia del consumo de la sustancia.

Consumo persistente a pesar del daño físico o mental: evalúa la persistencia del consumo de sustancia a pesar de presentar afectaciones somáticas o en el orden de su salud física y/o mental.

Si: Persiste el consumo de sustancia a pesar de presentar afectaciones somáticas o en el orden de su salud física y/o mental.

No: No persiste en el consumo de sustancia a partir de presentar afectaciones somáticas o en el orden de su salud física y/o mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández GY, García NME, Ruiz LEC, Fernández CE, Martínez FE, Almerall CDM, Santana SS, Bringas VML. La neuropsicología en Cuba. Revista Neuropsicológica, Neuropsiquiatría y Neurociencias. Octubre 2009; 9(2):53-76.
2. Lameda TK, Rodríguez LG. Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. Rev Hosp Psiq Habana [Internet]. 2013 [citado 9 Octob 2014]; 10(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2007213.html>
3. Escalona AJR, Ricardo LD, Benítez GT, Vázquez MO. Las Funciones Ejecutivas en pacientes Alcohólicos. Rev Picol. Am. Lat [Internet]. 2011[citado 15 Sept 2014]; No 21: ISSN 1870-350x. Disponible en: <http://www.psicolatina.org>.
4. Caballero MAJ. Respuesta de la Comunidad a los Problemas relacionados con el alcohol. Estudio Cayo Hueso [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2002.
5. Ruiz S de LJM, Pedrero PEJ, Llanero LM, Rojo MG, Olivar AA, Bouso SJC, Puerta GC. Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. Adicciones. 2009; 21:119-32.
6. Landa N, Fernández J, Tirapu UJ. Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. Revista de Adicciones. 2004; 16(1): 41-52.
7. Ruiz S de LJM, Pedrero PEJ, Rojo MG, Llanero LM, Puerta GC. Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones. Rev Neurol. 2011; 53: 483-93.
8. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: Frontal Assessment Battery at bedside. Rev Neurology. 2000; 55 (11): 1621-6.
9. Corral M, Cadaverira F. Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del daño cerebral. Revista de Neurología 2002; 35 (7), 682-7.
10. Quesada M, Díaz GF, Herrera RA, Tamayo PM, Rubio LR. Características del electroencefalograma cuantitativo y trastornos cognitivos en pacientes alcohólicos. Revista de Neurología 2007; 44: 81-8.
11. Cummings J, Darkins A. Alzheimer 's disease and Parkinson 's disease: Comparison of speech and language alterations. Neurology 1988, 38 (5), 680-84.
12. Slachevsky A, Pérez C, Silva J, Orelana G. Prefaneta M. Cortex prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y métodos de evaluación. Rev. Chile Neuropsiquiat 2005, 43 (2): 107-9.
13. Lipton A, Ninman E, Lacritz L. Subscores of the FAB differentiate frontotemporal lobar degeneration from AD. 2005, 65 (5), 726-31.
14. Tirapu UJ, García MA, Luna LP, Verdejo GA, Ríos LM. Corteza Prefrontal, funciones ejecutivas y regulación de la conducta. Manual de Neuropsicología [Internet]. 2012; Disponible en: <http://www.neurologia.com>
15. Pineda D. La función ejecutiva y sus trastornos [Internet]; 2010 [citado 7 Sept 2014]. Disponible en: <http://www.anteroperalta.info>.

Yunisleidis Alonso Fuentes. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, Servicio de Psiquiatría
Galigarcía.