



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**FUNCIONES EJECUTIVAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN PACIENTES
CON DROGODEPENDENCIA**

TUTOR:

MARÍA VERÓNICA MARTÍNEZ

AUTORAS:

DOS RAMOS, LUISANA
ECHENIQUE, ALEJANDRA
MONCADA, SARA

CARACAS, FEBRERO DE 2015



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

**Funciones Ejecutivas y Habilidades para la Vida en Pacientes con
Drogodependencia**

(Trabajo especial de grado, presentado ante la ilustre Universidad Central de Venezuela,
para optar al título de Licenciado en Psicología)

Tutor:

María Verónica Martínez

Autoras:

Dos Ramos, Luisana¹
Echenique, Alejandra²
Moncada, Sara³

Caracas, Febrero de 2015

¹Luisana Dos Ramos. Investigadora. E-mail: luisana.2ramos@gmail.com

²Alejandra Echenique. Investigadora. E-mail: justinekechenique@gmail.com

³Sara Moncada. Investigadora. E-mail: moncadasaram@gmail.com *Para correspondencia en relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a alguna de las direcciones de las investigadoras.*

Agradecimientos

Agradecemos a quienes con su colaboración e interés han apoyado a la realización de esta investigación. En primer lugar, a los expertos en el área de tratamiento y rehabilitación de la drogodependencia, a La División de Prevención de Drogas del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), a la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), al Post grado en drogodependencia de la Universidad Simón Rodríguez, a la Unidad de Neuropsicología del Hospital Universitario y a la Fundación José Félix Ribas.

Queremos hacer especial hincapié en el apoyo prestado por la Fundación José Félix Ribas, especialmente agradecer al licenciado Raúl Chiralde quien fue nuestro enlace con la institución y nos prestó valiosísima colaboración para la realización de la investigación. De igual manera, extendemos nuestro agradecimiento tanto a los ciudadanos participantes de las sedes de tratamiento de la Fundación como al personal y directores que labora en las mismas.

Queremos hacer mención del apoyo recibido por parte de la Unidad de Neuropsicología Clínica, a la Lic. Ilva Campagna y a los psicólogos que allí laboran por facilitarnos asesoría, entrenamiento técnico y proveernos de los instrumentos de medición de las funciones ejecutivas.

Otras personas que hicieron un aporte valioso fueron las licenciadas Evelyn Díaz Posada y Citlalli Pérez, psicólogas de Colombia y México respectivamente, quienes nos proporcionaron instrumentos de medición para las habilidades para la vida.

Por último, queremos agradecer especialmente al profesor Dimas Sulbarán quien colaboró de manera invaluable como asesor metodológico.

Dos Ramos, Luisana
Echenique, Alejandra
Moncada, Sara

Funciones Ejecutivas y Habilidades para la Vida en Pacientes con Drogodependencia

Dos Ramos, L.; Echenique, A.; Moncada, S.

Universidad Central de Venezuela

Enero, 2015.

Resumen

El objetivo central del estudio fue evaluar la relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en una muestra de treinta y cuatro (34) drogodependientes de sexo masculino entre 19 a 72 años de edad, en atención ambulatoria en la Fundación José Félix Ribas, institución dedicada al tratamiento y rehabilitación para adicciones, para ello, la investigación se llevó a cabo en 2 etapas: una etapa preparatoria, en la que se hizo una revisión documental y con expertos acerca de la relación de estas variables y de su pertinencia como problemática, además de la elección de los instrumentos de medición y el entrenamiento técnico en aquellos y una segunda etapa que consistió en un trabajo de campo, donde se trabajó con las pruebas: INECO Frontal Screening y la escala tipo Likert Test de Habilidades para la Vida. Se manejaron las variables con estadísticos descriptivos, categorización y análisis de correlación de Spearman. Los resultados obtenidos muestran un rendimiento en el grupo que va de moderado a alto en la ejecución de las pruebas y una relación directamente proporcional entre: (a) control inhibitorio y asertividad; (b) memoria de trabajo y solución problemas, (c) conceptualización y solución de problemas; (d) conceptualización y pensamiento creativo; (e) funciones ejecutivas y asertividad; (f) funciones ejecutivas y solución de problemas y (g) funciones ejecutivas y habilidades para la vida de manera global, siendo la más significativa control inhibitorio y asertividad con un valor de correlación y significación de $Rho = ,463, p < .05$.

Palabras clave: drogodependencia, habilidades para la vida, rehabilitación, funciones ejecutivas, evaluación neuropsicológica.

Relationship between executive functions and life skills in a sample of patients at drug

Abstract

The main objective of the study was to evaluate the relationship between executive functions and life skills in a sample of thirty-four (34) male drug addicts between 19-72 years of age in outpatient care in the José Félix Ribas Foundation, which is an institution for treatment and rehabilitation for addiction. The research was performed 2 stages: a preparatory stage, which was a literature review and expert on the relationship of these variables and their relevance as problematic, in addition to the choice of measurement instruments and technical training and a second stage consisted of a field, where he worked with the evidence: INECO Frontal Screening and Test Likert scale Skills for Life. Variables with descriptive statistics, categorization and Spearman correlation analysis were handled. The results show a performance group moderate to high in test execution, and together a directly proportional relationship between: (a) inhibitory control and assertiveness; (b) working memory and solution; (c) conceptualization and troubleshooting; (d) conceptualization and creative thinking; (e) executive functions and assertiveness; (f) the executive and troubleshooting and (g) the executive functions and life skills globally functions, features the most significant inhibitory control and assertiveness with a correlation value and significance of ($Rho = .463, p < .05$).

Keywords: drug addiction, life skills, rehabilitation, executive functions, neuropsychological assessment.

Índice

Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
I. Introducción	1
II. Marco Referencial.....	3
Drogas	3
<i>Qué se entiende por drogas.</i>	<i>3</i>
<i>Clasificación de las drogas.....</i>	<i>5</i>
<i>Términos utilizados.....</i>	<i>12</i>
<i>Criterios diagnósticos.....</i>	<i>15</i>
<i>Problema social de las drogas.....</i>	<i>24</i>
Funciones Ejecutivas	26
<i>Neuropsicología y drogodependencias. Efecto de las drogas en el funcionamiento del cerebro.</i>	<i>26</i>
<i>Sustratos anatómicos de las funciones ejecutivas.</i>	<i>30</i>
<i>Breve historia de las funciones ejecutivas.</i>	<i>32</i>
<i>Modelo de funciones ejecutivas.</i>	<i>34</i>
<i>Alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de drogas.....</i>	<i>35</i>
Habilidades Para La Vida	45
<i>Historia de las “Habilidades para la Vida”.</i>	<i>45</i>
<i>Las habilidades para la vida y las drogas.....</i>	<i>51</i>
<i>Las Habilidades para la Vida en Venezuela.....</i>	<i>53</i>
III. Planteamiento Del Problema	55
IV. Objetivos	61
Objetivo General.....	61
Objetivos Específicos	61

V. Marco Metodológico y Resultados.....	62
Etapa Preparatoria.	62
<i>Fase 1. Especificación de las variables.....</i>	<i>63</i>
<i>Fase 2. Validación de instrumentos.....</i>	<i>80</i>
Etapa de trabajo de campo	83
<i>Objetivo.....</i>	<i>83</i>
<i>Muestra.</i>	<i>83</i>
<i>Materiales e instrumentos.....</i>	<i>84</i>
<i>Sistema De Variables.....</i>	<i>86</i>
<i>Tipo de Investigación.....</i>	<i>88</i>
<i>Diseño de investigación.....</i>	<i>89</i>
<i>Procedimiento.....</i>	<i>89</i>
<i>Consideraciones Éticas.....</i>	<i>91</i>
<i>Resultados de la Etapa de Trabajo De Campo.....</i>	<i>91</i>
VI. Discusión y Conclusiones	102
VII. Limitaciones y Recomendaciones	110
Referencias.....	112

Índice De Tablas

Tabla 1.	
Clasificación de drogas, Kramer y Cameron, 1975	9
Tabla 2.	
Clasificación de drogas por sus efectos en el SNC	10
Tabla 3.	
Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para abuso	16
Tabla 4.	
Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para dependencia	18
Tabla 5.	
Criterios diagnósticos del DSM V para trastornos por consumo	20
Tabla 6.	
Criterios diagnósticos de la CIE-10 para dependencia.....	21
Tabla 7.	
Comparación entre los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10	23
Tabla 8.	
Resumen de las fases correspondientes a la Etapa I.....	62
Tabla 9.	
Lista de expertos. Fase Preliminar	63
Tabla 10.	
¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual?	66
Tabla 11.	
¿En qué líneas de investigación ha trabajado?	68
Tabla 12.	
¿Qué FE y HV relacionaría en población drogodependiente?	69
Tabla 13.	
¿Cuáles funciones ejecutivas se ven más afectadas en la población adicta?	70
Tabla 14.	
¿Con qué instrumentos se pueden medir las funciones ejecutivas?	72
Tabla 15.	
¿Ha trabajada en alguna línea de investigación?.....	72
Tabla 16.	
¿Cuáles funciones ejecutivas han trabajado?	73
Tabla 17.	

¿En qué áreas han trabajado?	74
Tabla 18.	
¿Qué HV se suelen encontrar en déficit?	76
Tabla 19.	
¿Con cuáles HV han trabajado?	77
Tabla 20.	
¿En qué áreas han trabajado?	78
Tabla 21.	
¿Qué resultados han obtenido con HV?	79
Tabla 22.	
Lista de expertos encargados de la fase 2	81
Tabla 23.	
Cuestionario de Habilidades para la Vida	83
Tabla 24.	
Especificaciones de las variables de estudio y sus dimensiones	86
Tabla 25.	
Estructura de una sesión de intervención	90
Tabla 26.	
Estadísticos descriptivos para funciones ejecutivas	93
Tabla 27	
Resultados globales característicos	93
Tabla 28.	
Estadísticos descriptivos para habilidades para la vida.....	96
Tabla 29.	
Categorías de desempeño en HV	97
Tabla 30.	
Correlación de Spearman entre HV y FE (n=34).....	100
Tabla 31.	
Correlación de Spearman entre HV, FE y otras variables.....	101

Índice De Figuras

Figura 1.	
Alteraciones en los niveles de dopamina y endorfinas por consumo de cocaína.....	27
Figura 2.	
Alteraciones del tejido cerebral por consumo de drogas.....	28
Figura 3.	
Localización de la corteza prefrontal, las cortezas motora y premotora y el área de Broca en el cerebro	30
Figura 4.	
Mapa de las 52 áreas de Brodmann, con énfasis en las áreas de la CPF.....	31
Figura 5.	
Efectos de la cocaína sobre receptores dopaminérgicos	38
Figura 6.	
Disponibilidad de transportadores de serotonina	41
Figura 7.	
Efectos del alcohol en el funcionamiento del cerebro.....	44
Figura 8.	
Resumen de las etapas y fases de la investigación.....	62
Figura 9.	
Representación del rendimiento grupal en Funciones Ejecutivas	94
Figura 10.	
Representación gráfica del rendimiento grupal en habilidades para la vida	99

Índice de Apéndices

1. *Cuestionario para conocer las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos.*
2. *Cuestionario de validación por expertos del instrumento de HV.*
3. *Tabla de especificación de la muestra.*
4. *Consentimiento informado.*
5. *INECO Frontal Screening.*
6. *Hoja de respuestas del INECO.*
7. *Cuestionario de Habilidades para la Vida.*
8. *Cuestionario de entrevista clínica.*
9. *Artículos del código de ética considerados en la investigación.*

I. Introducción

Una de las ciencias a la vanguardia del interés científico actual son las neurociencias. La investigación en esta área ha sido profusa y creciente desde diversas disciplinas tanto de la neurociencia por sí misma como por parte de las ciencias de la salud y del comportamiento, entre ellas la psicología, dándose un gran avance tanto de la neurología conductual como de la neuropsicología en las últimas dos décadas (Tirapú, Muñoz, Pelegrín, (2002).

Este avance, de acuerdo a Tirapú et al., (2002, en García et al, 2009) se debe no sólo a los influjos del modelo de la psicología cognitiva sino también a la evolución de técnicas como las de neuroimagen que permiten estudiar a profundidad la actividad cerebral durante los procesos cognitivos.

Otra de las maneras más eficaces de acceder al funcionamiento cerebral, es mediante la utilización de instrumentos de evaluación psiconeurológica, que permiten, sin necesidad de recurrir a pruebas de neuroimagen, distinguir cuadros clínico y no clínicos y evaluar distintos factores del individuo y su capacidad funcional, incluyendo las funciones cognoscitivas (García, Tirapú y Roig, 2007).

Así mismo, investigaciones han revelado que una de las poblaciones con una afectación neurológica importante es la de drogodependientes, ya que el abuso de sustancias tiene importantes consecuencias fisiológicas, con deterioros de distintas áreas del cerebro y esto se ve reflejado en el ejercicio de las funciones cognoscitivas (Verdejo y Pérez, 2006).

La evaluación de estos aspectos cognoscitivos, en específico, las funciones ejecutivas resulta fundamental en el estudio de la drogodependencia, éstas son críticas para pronosticar la capacidad funcional del sujeto, el grado de autonomía personal que viene dado por el desarrollo de las competencias básicas para enfrentar los desafíos de la vida diaria y finalmente la reinserción social de la persona, que es el fin último del tratamiento con esta población (García et al., 2007).

Atendiendo a esta adecuación social, se dispuso trabajar conjuntamente la evaluación de las funciones ejecutivas con el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado “Habilidades para la Vida”, utilizado frecuentemente en forma de programas para la prevención de drogas, debido a que

entrena en distintos componentes personales y sociales. Así, este estudio puede decantar en el aporte de conocimiento al cuerpo científico y generar bases teóricas que fundamenten programas de intervención eficientes para el tratamiento de la drogodependencia.

Se trabajó con una metodología consistente en dos etapas, donde la primera se dividió en dos fases, la *fase preparatoria*, que consistió en especificar las Funciones Ejecutivas y las Habilidades para la Vida fundamentales en la población de drogodependientes venezolanos, así como los instrumentos más pertinentes para la medición de estas variables, a partir de la consulta con expertos en el área. Además, se hizo una *fase de validación* con el objetivo de validar el instrumento “Habilidades para la Vida” para la muestra objeto de estudio.

En la Segunda etapa, se buscó determinar el rendimiento en funciones ejecutivas, las competencias en habilidades para la vida y la relación existe entre funciones ejecutivas y habilidades para la vida en una muestra de 34 drogodependientes del sexo masculino con edades comprendidas entre diecinueve (19) y setenta y dos (72) años en tratamiento ambulatorio en los centros de la Fundación José Félix Ribas, ente dedicado en nuestro país al abordaje de la población drogodependiente. Esta muestra se obtuvo a través de un muestreo intencional.

Esta investigación se plantea como finalidad conocer cómo se relacionan los deterioros de las funciones ejecutivas y de las habilidades para la vida en personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Al proyecto puede atribuírsele importancia social en tanto que al conocer en mayor proporción el problema de la afectación de la persona por drogodependencia, se puede posibilitar la aplicación de herramientas más adecuadas para la rehabilitación de dichas funciones y habilidades. Por otra parte, permite contribuir en la investigación teórica en función de que podría establecerse una correlación entre dos variables que no habían sido correlacionadas con anterioridad.

Finalmente, cabe destacar que los resultados de esta investigación muy posiblemente generen muchas más lagunas de investigación que respuestas, ya que deberán estudiarse las relaciones de cada uno de los factores de los modelos utilizados por separado, dando una contribución a la lista de temas a investigar con rigor científico.

II. Marco Referencial

Drogas

Qué se entiende por drogas.

El consumo de sustancias tiene su inicio en edades muy tempranas de la historia de la humanidad, al respecto, existen evidencias arqueológicas que sugieren el consumo de sustancias embriagantes derivadas de la miel aproximadamente en 5.000 a.C. Por su parte, el uso del opio y los cultivos más antiguos de la planta del cáñamo (*cannabis sativa*) datan de 4.000 a.C. en Asia. Mientras que en América, desde hace al menos unos 4.000 años se usaban las hojas de coca como parte de rituales religiosos y sociales. El uso de hongos y plantas alucinógenas es también antiguo, pueblos sudamericanos lo consumían desde el año 1.000 a.C. (Belssaso, Estañol y Juárez, 2002; Calafat, 2006; Correa, 2007; Gabantxo, 2001; López-Muñoz, González, Serrano, Antequera y Álamo, 2011).

Sin embargo, aun cuando el consumo de estas sustancias pueda ser rastreado en períodos tan remotos, existe una dificultad para delimitar el fenómeno de las drogas de una manera adecuada. El término droga suele ser vago e impreciso, pues genera una variedad de conceptos tan numerosos como heterogéneos, que dependen del contexto y que ha evolucionado a lo largo de la historia (Caudevilla, 2008; Richard, 2003).

El origen del vocablo se ha situado a partir del año 1100 en el francés antiguo con el vocablo “drouge”, aunque también pudo haberse originado en el holandés medio o en el bajo alemán medio con un significado de “barriles o mercaderías secas”, referido a las hierbas utilizadas para la época como medicinas. El término de “droga” en español, italiano y portugués, “drogue” en francés, “drug” en inglés y “droge” en alemán son utilizados en Europa desde el siglo XIV. En el siglo XVI se asoció con “veneno”, y a partir de 1883, el conocimiento popular lo asoció a sustancias narcóticas u opiáceas (Antón, 2006; Castaño y Bernal, 2006).

Además de estas variaciones de significados a lo largo de los siglos, existen divergencias en la actualidad. Desde la farmacología, una droga constituye *“cualquier producto capaz de desempeñar una actividad farmacológica, cualquiera que sea su posible toxicidad”* (Richard, 2003, p. 8). Este concepto, similar al propuesto en 1969 por

la Organización mundial de la Salud (OMS), que define la droga como “*toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones*” (Osuna, 2005, p. 1271) conceptualiza la droga desde una perspectiva fisiológica (Osuna, 2005; Richard, 2003).

Es por ello, que para 1982 la OMS redefine el concepto de droga, delimitándola en términos de sustancias que producen dependencia, describiéndola como:

Toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo (Escobar, 1999, p. 104).

Con esta nueva tesis, se introduce además de la connotación fisiológica, una connotación psicológica de la dependencia, debido a que aun definiendo las sustancias a partir de sus efectos farmacodinámicos, clasificados como estimulantes, depresores o psicodislépticos, determinando qué drogas cumplen con criterios teóricos o potenciales (que si fueran usadas podrían provocar dependencia), para que una sustancia sea definida como droga debe ser percibida culturalmente de esa manera (Castaño y Bernal, 2006; Escobar, 1999; La Penúltima, 2013; Osuna, 2005).

Es por ello, que actualmente desde una perspectiva científica, se incluyen en la conceptualización de droga variables fisiológicas, psicológicas y sociales como elementos estrechamente interrelacionados. De acuerdo a Del Moral y Fernández (2009) para que una definición de droga sea apropiada, debe cumplir incluir varias características:

- *Carácter psicótropo o psicoactivo*: tiene la capacidad de alterar funciones psíquicas del organismo vivo que la consume.
- *Acción reforzadora positiva*: causa placer a la persona, conduciendo a la repetición de la autoadministración.

- *Dependencia física y/o psicológica:* el cesar el consumo puede producir malestar somático y psíquico.
- Su finalidad es distinta a la terapéutica.
- *Nocividad social:* acarrea consecuencias familiares, laborales y/o personales negativas (p.3).

Así, Del Moral y Fernández (2009) proponen como definición del término de droga, específicamente al de drogas de abuso “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y también, física y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicorgánico y de conducta social” (p. 3).

Aclarando que una sustancia psicoactiva puede definirse como aquella “lícita o ilícita, de origen natural o sintético, que modifica el funcionamiento del sistema nervioso central y puede alterar los estados de conciencia, la percepción, la emoción y otras funciones del organismo” (Oliveros, Salinas, Fajardo, Villamil y Saavedra, 2014 p. 33).

Clasificación de las drogas.

Existen entre las sustancias psicoactivas elementos utilizados para caracterizarlas y clasificarlas unas de otras, de acuerdo a la perspectiva desde la cual se la estudie: fisiológica, farmacológica, económica, jurídica, entre otras. Algunos de los criterios más comunes de clasificación son: de acuerdo a los efectos de la droga en el organismo, su procedencia, la intensidad de adicción que producen, el tipo de dependencia, la potencialidad farmacológica, si son suaves o duras, institucionalizadas y no institucionalizadas, entre otras (Molina, 2008; Rossi, 2008).

Criterio Jurídico.

De acuerdo a esta clasificación las drogas pueden ser legales o ilegales, sin embargo destaca que esta clasificación depende de factores sociales, económicos y políticos, por lo cual no podría tomarse una clasificación única y varía de una cultura a otra (Molina, 2008).

Aun así, se han propuesto definiciones generales de ambas. La OMS (1994) define la droga legal como aquella que “está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción” (p.34).

Por su parte, la droga ilegal es aquella “sustancia psicoactiva cuya prohibición, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en si no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción” (Oliveros et al., 2014, p. 34).

Esta clasificación supone en realidad los dos extremos de un continuo, que pueden incluir categorías de mayor o menor legalidad en el intervalo, estas categorías pueden variar en los países o localidades, pero de acuerdo a Rovira (1982) pudieran clasificarse de la siguiente manera:

- *Completamente institucionalizadas*: son sustancias con libertad para su producción, distribución y comercialización, sin limitaciones de venta o publicidad, algunas de estas sustancias son el café, bebidas con cafeína como refrescos y el té.
- *Institucionalizadas, con limitaciones de salud pública*: se cuentan aquí sustancias como el tabaco o las bebidas alcohólicas, que suelen tener restricciones en la venta (a menores de edad, por ejemplo), composición y publicidad.
- *Sustancias institucionalizadas, producción sujeta a autorización previa*: algunas de estas sustancias son los tranquilizantes y ciertos antidepresivos, que tienen controles de producción con organismos internacionales, exigencia de advertencias sanitarias en los envases y suministro controlado al usuario.
- *Sustancias institucionalizadas, con uso diferente al psicotrópico*: se incluyen pegamentos y disolventes que tienen producción y comercialización libre, con ocasionales restricciones de venta a menores de edad.
- *Sustancias institucionalizadas, con producción estrictamente controlada*: el suministro por fuentes distintas de los profesionales de salud es ilegal, algunas de estas sustancias son la morfina y anfetaminas.
- *Sustancias no institucionalizadas, poco conocidas*: generalmente son legales, ejemplos son amanitas, nuez moscada, semillas o betel para mascar.

- *Sustancias no institucionalizadas:* drogas que salvo en casos específicos de tolerancia regulada en países (consumo de hoja de coca en Bolivia y Perú) son de producción y comercio ilegal, algunas de estas son alucinógenos sintéticos y anfetaminas de producción no farmacéutica.
- *Sustancias no institucionalizadas, con sanciones severas:* labores como la producción y venta son ilegales y acarrear graves sanciones penales, el consumo también suele ser ilegal, ejemplos de estas sustancias son la heroína y la cocaína.

Grado de dependencia.

Una clasificación muy extendida, aunque progresivamente abandonada debido a sus limitaciones, es la que diferencia las drogas entre “blandas” y “duras” y que se refiere a la capacidad de aquéllas para producir dependencia física o solo hábito o dependencia psíquica (Rovira, 1982, La Penúltima, 2013).

De esta manera, entran en la tipología de drogas duras los opiáceos, narcóticos, barbitúricos y el alcohol, y dentro de las drogas blandas el tabaco, el cannabis y los alucinógenos. En algunas publicaciones, además se agregan la categoría de semi-duras en las que se incluyen la cocaína y las anfetaminas (Rovira, 1982, La Penúltima, 2013).

La tendencia actual es al abandono de este tipo de clasificación, pues genera la falsa ilusión de que algunas drogas no producen consecuencias fisiológicas. Aun así, todavía es posible encontrar dicha tipología en la opinión popular (Molina, 2008 y Rossi, 2008).

Origen.

Otra forma de categorizar las drogas es de acuerdo a su origen, específicamente si se derivan de productos naturales o no. Así las sustancias pueden ser naturales, sintéticas o semi-sintéticas (Ortiz, Alonso, Ubis y Ruiz., 2011).

Las *drogas naturales* se definen como productos vegetales en su estado original como el tabaco, peyote, amanitas, o luego de ser fermentadas o concentradas, como el vino a partir del mosto o el opio partir de la amapola. Las *sustancias semi-sintéticas*, son extraídas de un producto natural, pero luego son manipuladas en laboratorio, entre estas

sustancias se cuentan derivados opiáceos como la morfina, la cocaína, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), entre otras (La penúltima, 2013; Ortiz et al., 2011; Rossi, 2008).

Las *drogas sintéticas* son obtenidas mediante procedimientos químicos, entre las que se cuentan los barbitúricos, las anfetaminas, los tranquilizantes y sustancias como los pegamentos y los combustibles (La penúltima, 2013; Ortiz et al., 2011; Rossi, 2008).

Criterio de efecto principal.

Las clasificaciones con base en las reacciones a las drogas son actualmente las más utilizadas, sin embargo, esto plantea dificultades pues no siempre existe una reacción principal que predomine a las otras. Una clasificación muy conocida, fue planteada por Jean Delay (1958, en La penúltima, 2013) en el Congreso Mundial de Psiquiatría, quien agrupa las sustancias en función del nivel de vigilancia y el estado de humor, por lo que las clasifica en psicolépticas, psicoanalépticas y psicodislépticas.

Más tarde, el Dr. Josep Laporte (1976) clasificó las sustancias en: a) drogas depresoras, entre las que incluyó el opio y sus derivados, los hipnóticos, sedantes y tranquilizantes y el alcohol; b) estimulantes, entre las que incluyó la coca y cocaína, la cafeína, anfetaminas y derivados y el tabaco y c) drogas psicodélicas, que incluían el LSD, peyote, hongos, compuestos sintéticos y cáñamo y derivados. Sin embargo esta clasificación no estuvo exenta de controversias, hubo críticas por clasificar el tabaco como estimulante, además de no quedar claro el lugar de las drogas sintéticas o de los disolventes volátiles.

Kramer y Cameron (1975), en su famoso Manual sobre dependencia de las drogas que crearon para la OMS, clasificaron éstas en categorías por orden alfabético, delimitando sus características de acuerdo a la dependencia psíquica, física, la tolerancia y otras. Las categorías definidas fueron: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos, cáñamo, cocaína, disolventes volátiles, khat y opiáceos. En la tabla 1 se especifican estas categorías.

Tabla 1.

Clasificación de drogas, según Kramer y Cameron (1975).

Tipo de droga	Dependencia psíquica	Dependencia física	Tolerancia	Otros
Alcohol	Varía entre leve a intensa	Varía entre leve a intensa	Moderada	Tolerancia cruzada con los barbitúricos
Alucinógenos (LSD)	De nula a moderada, depende de la sustancia	No existe	No hay tolerancia crónica, si tolerancia aguda	
Anfetaminas	Variable, pero a veces intensa	Pequeña o nula	Existe para determinados efectos, pero no otros.	Presentación de psicosis durante el uso
Barbitúricos	Variable, a menudo intensa	Marcada, puede llegar a ser muy grave	Menos marcada que con la morfina. Incompleta y variable	Tolerancia cruzada con alcohol, cloral, paraldehído, etc.
Cáñamo	De moderada a fuerte	Pequeña o nula	Banal	No hay síndrome de abstinencia característico
Cocaína	Fuerte	No existe	No existe	Se produce en algunos casos una sensibilización a los efectos de la droga
Disolventes volátiles	Variable en función del producto	Varía de muy ligera a intensa	Variable	Tolerancia cruzada de algunos disolventes con el alcohol
Khat	Moderada	No existe	No existe	
Opiáceos	Intensa	Grave y de establecimiento rápido	Marcada	Tolerancia cruzada con drogas afines

Nota: Tabla adaptada de La Penúltima (2013).

Efectos en el Sistema Nervioso Central.

Una tipología que puede utilizarse de manera más o menos precisa, considera los efectos que produce la droga en el sistema nervioso central. En este sentido, Molina (2008) clasifica las drogas de abuso como estupefacientes, alucinógenas o volátiles inhalables y disolventes, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2.

Clasificación de drogas por sus efectos en el SNC

Estupefacientes.

Son sustancias con capacidad de causar dependencia física y psíquica síndromes como abstinencia y tolerancia, además de anestesia y analgesia, sin embargo tiene efectos diferenciales que permiten categorizarlas en embriagantes, barbitúricos, narcótico-analgésico-euforizante y analgésico-euforizante.

a) *Embriagantes:* tienen efectos bifásicos sucesivos de narcosis y euforia, algunas de estas sustancias son los alcoholes, éter, benzol o el cloroformo.

b) *Barbitúricos o hipnóticos:* son drogas sintéticas con efectos como la reducción del tono afectivo, atención y capacidad señorial e inducen al sueño, pueden ser sedantes o tranquilizantes

- *Sedantes:* producen somnolencia y disminuyen la agitación motora. Pueden ser ansiolíticos que reducen la ansiedad o atarácicos que son tranquilizantes de ánimo. Esta categoría incluye fármacos como el Valium o el Alumbran.

- *Tranquilizantes:* modifican los niveles de ansiedad. Si hay intoxicación puede haber incoordinación, dimatría, depresión respiratoria, bradicardia, hiporreflexia o shock. Algunas de estas drogas son las fenotizinas, benzodiazepinas y el meprobamato.

Tabla 2 (continuación).

Clasificación de drogas por sus efectos en el SNC

c) Narcótico-analgésico-euforizantes: produce sueño o estupor y es analgésico. Incluyen el opio, sus alcaloides, como morfina, heroína, codeína, dionina y los productos de síntesis: meperidina, metadona, ebadol y demerol.

d) Analgésicos-euforizantes: producen exaltación, se incluyen la coca y sus derivados (cocaína). El opio y sus alcaloides también tienen características de este grupo.

Alucinógenos.

Se conocen también como psicotrópicos, psicodélicos o psicodislépticos, entre los que están el LSD y la mescalina y psicoanalépticos que incluyen anfetaminas y anorexígenos. No producen dependencia física ni tolerancia, en cambio, causan distorsiones perceptivas y sensoriales, cambios de humor, hiperactividad, desorientación, pseudopercepciones, aumento de sensibilidad y percepción. Pueden ser:

a) Naturales: entre los que se cuentan el cáñamo índico o cannabis sativa, peyolt, hongos, cornezuelo de centeno.

b) Artificiales o de síntesis: que pueden ser:

- De núcleo indólico: LSD-25.
 - Derivados triptamínicos: butofenina, dietiltriptamina (DET), dipropiltriptamina (DPT); dimetiltriptamina (DMT).
 - Derivados anfetamínicos: dimetoximetilanfetamina (DOM); Serenidad, Tranquilidad, Paz (STP), entre otras.
 - Derivados piperidínicos: fenciclidina.
-

Volátiles inhalables o disolventes.

Entre sus principios activos está el tricloroetano y el triclorofluorometano. No producen dependencia física, pero pueden producir dependencia psicológica y tolerancia. Se incluyen cementos plásticos, solventes comerciales, disolventes de pintura, gasolina, y pegamentos.

Nota: Clasificación tomada y adaptada de Molina (2008, p.16-19).

Términos utilizados.

Existe una variedad de términos que se utilizan alrededor de la temática del consumo de sustancias y se recurren a ellos con frecuencia en la investigación y práctica clínica. No obstante, la delimitación de conceptos es una tarea no concluida, debido a la gran controversia al respecto. Algunos de estos vocablos son: uso, abuso, hábito, toxicomanía, adicción, dependencia, tolerancia y abstinencia, por mencionar algunos (Del Moral y Fernández, 2009).

De acuerdo a criterios expuestos por la OMS (2003), el *uso* de drogas tiene una significación limitada a utilización o consumo, sin significaciones clínicas ni sociales, y suele indicar un consumo aislado u ocasional que no implica dependencia. El *hábito* implica un consumo de sustancias por adaptación o costumbre de los efectos, existe el deseo del producto sin presencia de compulsión, tendencia a aumentar la dosis, ni síndrome de abstinencia (Del Moral y Fernández, 2009).

El *abuso*, es definido por su parte, por el Real Colegio de Psiquiatras Británico, como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Del Moral y Fernández, 2009, p.4) y por la OMS (2003) como la “utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible” (p.25).

De acuerdo a esto, el abuso incluye el uso intencional de dosis excesivas de medicamentos o el uso de éstos con fines no terapéuticos. Si una sustancia es utilizada con fines terapéuticos, aun cuando cause farmacodependencia no se considera abuso, pues para definirse como tal debe cumplir criterios de nocividad social, a los que se refiere el Real Colegio de Psiquiatras Británico (Del Moral y Fernández, 2009; OMS, 2003).

Para definir el consumo de una sustancia como abuso se utilizan en primer lugar criterios cuantitativos de frecuencia o cantidad, y en segundo lugar criterios cualitativos, de acuerdo a las siguientes características descritas por Del Moral y Fernández (2009):

- *Uso no aprobado:* el consumo tiene sanciones legales en situaciones como la ingesta de alcohol al conducir o el uso de sustancias en competiciones deportivas
- *Uso peligroso:* se refiere a una conducta de riesgo, como ingerir alcohol siendo un enfermo hepático, el consumo puede o no, estar penado legalmente.
- *Uso dañino:* se refiere al consumo en una etapa crítica en la vida de las personas, como en el caso de la niñez, vejez, embarazo o lactancia.
- *Uso que provoca una disfunción:* el consumo es desadaptativo y tiene consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales negativas para la persona (p.4)

La *toxicomanía*, se utilizó en sus inicios para describir estados de intoxicación reiterada especialmente en bebedores de alcohol, resaltando aspectos como la exaltación afectiva buscada y el consumo con fines distintos al terapéutico (Del Moral y Fernández, 2009).

Por su parte, el vocablo *drogadicción* es comúnmente utilizado en contextos clínicos y generalmente denota casos graves de dependencia (OMS, 2003); es definido por el Equipo Vértice (2010) como “un estado psíquico y físico causado por la interacción de un organismo con la droga, y se caracteriza por el comportamiento y las reacciones que son el resultado del impulso inevitable de consumir *la droga*” (p.10) y que implica la dependencia física y psíquica debido la presencia del síndrome de abstinencia y la necesidad imperiosa de consumir (Equipo Vértice, 2010).

Es interesante señalar, que de acuerdo Gossop (1989) los elementos característicos de la adicción como conducta incluyen a) fuerte deseo de consumir en especial cuando no hay oportunidad para ello, b) pobre control de la conducta, c) malestar subjetivo al impedírsele a la persona consumir y d) mantenerse en la conducta aun sabiendo de las consecuencias negativas que causa.

Las expresiones de toxicomanía, adicción (drogadicción) y habituación se cargaron de connotaciones legales y subjetivas, por lo que entre las décadas transcurridas entre 1920 y 1960 se intentó redefinir los términos buscando una mayor objetividad científica

y a partir de los sesenta la tendencia comenzó a hablarse de drogodependencia (Del Moral y Fernández, 2009 y OMS, 1994).

Es por ello, que la OMS define *drogodependencia*, en esos términos, por primera vez en 1964 como un:

Estado de intoxicación periódica crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad (Del Moral y Fernández, 2009, p. 5).

Luego en 1969 describió el concepto en términos de una enfermedad maligna, progresiva y transmisible, y para 1982 la definió como un “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (Del Moral y Fernández, 2009, p. 5).

La *farmacodependencia* se define, por su parte, de acuerdo a la OMS (2003), como “un estado en el que un individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal” (p.26).

Esta dependencia, ha sido clasificada tradicionalmente como dependencia física o fisiológica y dependencia psíquica. La utilización del término de dependencia física, ha sido desaconsejada, debido a la dificultad para diferenciarla de la dependencia psíquica en la práctica clínica, y debido a que el personal médico interpretaba el síndrome de abstinencia, tanto como síntoma de dependencia física y de farmacodependencia (Del Moral y Fernández, 2009).

Aun con estas consideraciones, el término se sigue utilizando bajo el término de neuro-adaptación, que es definida por Del Moral y Fernández (2009) como “la necesidad de mantener unos niveles determinados de droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo” (p. 9).

Los elementos principales para hablar de este tipo de dependencia son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo, además de la sensibilización. *El síndrome de abstinencia* puede darse aun cuando la persona no cumpla con el criterio de dependencia física, de acuerdo a la CIE-10, es por ello que en estos casos, la literatura médica ha comenzado a emplear a partir de los noventa la expresión “síndrome de interrupción” (OMS, 2003).

El *síndrome de abstinencia aguda*, es específico y se produce cuando se suspende bruscamente la administración de droga (abstinencia por supresión), o cuando se administra una droga antagonista (abstinencia precipitada) (Del Moral y Fernández, 2009).

La *tolerancia* es definida por Del Moral y Fernández (2009) como una manifestación que “se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial” (p.14). La tolerancia evoluciona de acuerdo a las propiedades farmacológicas de la sustancia y a sus efectos en el organismo, además, puede ser innata o adquirida (Del Moral y Fernández, 2009).

La *sensibilización* es el fenómeno opuesto a la tolerancia, y se refiere a una respuesta aumentada a la droga, luego de exposiciones intermitentes repetidas a la sustancia, fenómeno que puede persistir tiempo después de eliminada la droga en el cerebro (Del Moral y Fernández, 2009).

La *compulsión*, por su parte, se refiere a un deseo “fuerte y apremiante” de consumir la sustancia en cuestión, aunque la persona pueda discriminar que el consumo es perjudicial para sí mismo (OMS, 1994).

Criterios diagnósticos.

Existen dos sistemas de diagnóstico paralelos, en Europa es más utilizada la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), y en Norteamérica, se suele usar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA por sus siglas en

inglés), que ya está en su quinta versión. Sin embargo, aún es muy utilizada su versión anterior, el sistema DSM-IV-TR (Del Moral y Fernández, 2009; Ortiz et al., 2011).

El DSM-IV-TR y la CIE-10 incluyen trastornos similares, aunque existen algunas diferencias como en el caso del abuso de sustancias del DSM-IV-TR que en la CIE-10 recibe el nombre de consumo perjudicial, a pesar de que las características de mismo son similares a las del abuso. En el caso del DSM-V se incorporan importantes variaciones de las versiones anteriores (Del Moral y Fernández, 2009; Ortiz et al., 2011).

DSM-IV-TR.

Esta versión del Manual de la APA clasifica los trastornos relacionados con sustancias en trastornos por consumo y trastornos inducidos.

- *Trastornos por consumo:* los define como abuso o dependencia
- *Trastornos inducidos:* se incluyen manifestaciones como intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, trastorno de estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño, disfunción sexual

(Ortiz et al., 2011).

De acuerdo a esto, se definen para el DSM-IV-TR los criterios para trastornos por consumo (dependencia y abuso). De acuerdo a Becoña et al., (2010), la APA describe el *abuso* de sustancias en términos de desadaptación y deterioro clínico significativo. Los criterios se muestran en la tabla 3.

Tabla 3.

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para abuso

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

Tabla 3 (continuación).

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para abuso

-
1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej. Ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 2. Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej. conducir el automóvil o accionar una maquina bajo los efectos de una sustancia).
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej. Discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).
-
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.
-

Nota: Tabla tomada de Becoña et al., (2010, p.18).

El DSM-IV-TR, para Becoña et al., (2010), también considera la dependencia de una sustancia, que es definida a partir del patrón desadaptativo y malestar clínicamente significativo.

Las características específicas a partir de las cuales se hace el diagnóstico de *dependencia*, de acuerdo este criterio de clasificación son los especificados en la tabla 4.

Tabla 4.

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para dependencia

A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siguientes ítems en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo e la sustancia.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
-

Tabla 4 (*continuación*).*Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para dependencia*

La codificación del curso de la dependencia: o remisión total temprana, o remisión total sostenida: o remisión parcial sostenida, 2 en terapéutica con agonistas, 1 en entorno controlado, 4 leve/moderado/grave o especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (se cumplen los puntos 1 o 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (no se cumplen los puntos 1 o 2).

Nota: Tabla tomada de Becoña et al., (2010, p.17).

DSM-V.

Por su lado, el DSM-V presenta importantes diferencias con su versión anterior, así, los trastornos relacionados con sustancias se clasifican de acuerdo a las sustancias particulares, diez en total que son alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalante, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (APA, 2013).

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias, que se encuentran codificados de acuerdo a cada una de las sustancias ya mencionadas. Los trastornos inducidos por sustancias son: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos) (APA, 2013).

El trastorno por consumo agrupa los elementos anteriores de abuso y dependencia para cada grupo de sustancias. Los criterios para hablar de estos trastornos por consumo son definidos en la tabla 5.

Tabla 5.

Criterios diagnósticos del DSM V para trastornos por consumo

A. Un modelo problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume con frecuencia, en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación (si aplica) o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - b. Se consume la sustancia (o alguna muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: Criterios tomados de APA (2013)

CIE-10.

La Organización Mundial de la Salud, mediante la CIE-10 establece criterios definitorios del consumo perjudicial y de dependencia, diferentes al de DSM, categorizando el diagnóstico como consumo perjudicial o dependencia a sustancias (Del Moral y Fernández, 2009).

El *consumo perjudicial* es definido de acuerdo a Del Moral y Fernández (2009) como “aquella forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)” (p.5).

El *consumo perjudicial* es definido de acuerdo a Del Moral y Fernández (2009) como “aquella forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)” (p.5) y para hacer el diagnóstico se debe tomar en cuenta criterios como a) la existencia de resultados sociales negativos en el ámbito personal, familiar, de pareja u otros; b) estos efectos o la reprobación de otros no es suficiente para establecer el diagnóstico; c) ni las intoxicaciones agudas y d) el diagnóstico no debe darse cuando existan otros trastornos inducidos por drogas o cuando haya un diagnóstico previo de dependencia (CIE-10 en Del Moral y Fernández, 2009).

La *dependencia de sustancias* por su parte, se define de acuerdo al diagnóstico que implican la necesidad que durante el año anterior se hayan presentado al menos tres de los elementos mencionados en la tabla 6 (OMS, 2004).

Tabla 6.

Criterios diagnósticos de la CIE-10 para dependencia

1. Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
 2. Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
 3. Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
-

Tabla 6 (continuación).

Criterios diagnósticos de la CIE-10 para dependencia

-
4. Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
 5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
 6. Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias manifiestamente perjudiciales, como los daños hepáticos causados por el consumo excesivo de alcohol. Los estado de ánimo depresivos consecutivos al gran consumo de una sustancia o el deterioro de la función cognitiva relacionado con el consumo de una sustancia. Debe investigarse si el consumidor es o podría llegar a ser consciente de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.
-

Nota: tabla tomada y adaptada de OMS (2004, p 14).

Estos criterios, tienen coincidencias importantes con respecto a los criterios para establecer el diagnóstico, aun cuando la categorización tenga características únicas por cada una de las clasificaciones.

En el caso del DSM-IV-TR el diagnóstico comprende los términos de abuso y dependencia. La CIE-10 utiliza en vez de abuso, el consumo perjudicial y comparte el término de dependencia. En el caso del DSM-V estos términos se cambian por un único trastorno por consumo”.

Se muestra las diferencias en mayor amplitud en la tabla 7, con un cuadro comparativo entre los tres (3) sistemas diagnósticos previamente descritos.

Tabla 7.

Comparación entre los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10

DSM-IV-TR (2000)	CIE-10 (1992)	DSM-V(2013)
Abuso	Consumo perjudicial	Trastorno por consumo
(1) Uso continuado/ recurrente a pesar de los problemas derivados (médicos, legales, familiares, interpersonales) (patrón desadaptativo de consumo).	(1) Afectación de la salud física/mental (sobredosis, hepatitis, etc.) (2) Existencia de consecuencias sociales adversas. (3) Reprobación de terceros.	(1) Consumo con frecuencia, cantidades o tiempo superiores al previsto. (2) Deseo persistente o esfuerzos fracasados de controlar el consumo. (3) Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos. (4) Ansias o poderoso deseo o necesidad de consumir. (5) Incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar. (6) Uso continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia (7) Abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
Dependencia		
(1) Uso reiterado en situaciones físicamente peligrosas. (2) Incumplimiento de obligaciones básicas: escuela, trabajo, familia. (3) Ingesta en cantidad o tiempo superior al pretendido. (4) Deseo de abandonar o controlar el consumo sin éxito. (5) Inversión considerable de tiempo en la “droga”. (6) Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas. (7) Uso continuado a pesar de conocer los problemas derivados (médicos, legales, interpersonales).	(1) Vivencia de compulsión (deseo irresistible). (2) Prioridad en el consumo de la droga (3) Disminución de la capacidad de control (4) Abandono de otros intereses o actividades. (5) Persistencia en el consumo a pesar de conocer los perjuicios	

Tabla 7 (continuación).

Comparación entre los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10

DSM-IV-TR (2000)	CIE-10 (1992)	DSM-V(2013)
	Dependencia fisiológica	(8)Consumo recurrente
(8) Tolerancia	(6) Tolerancia	en situaciones en las que
(9) Síndrome de abstinencia	(7) Síndrome de abstinencia	provoca un riesgo físico.
		(9)Uso continuado a pesar de conocer los problemas derivados.
		(10) Tolerancia
		(11) Abstinencia

Nota: Tabla tomada y adaptada de Del Moral y Fernández (2009, p. 6)

Problema social de las drogas.

El fenómeno de las drogas es de naturaleza compleja, y tiene importantes implicaciones en el desarrollo productivo, político, social y ambiental de las naciones, además de las consecuencias individuales que conlleva (Insulza, 2013).

En el mundo existen, de acuerdo al reporte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), para el año 2012, un estimado de 3,5% a 7% de la población de entre 15 y 65 años, lo que representa entre 162 y 324 millones de personas que han consumido al menos una vez alguna droga ilícita principalmente cannabis, opioides, cocaína o estimulantes anfetamínicos, de las cuales entre 16 a 39 millones de personas consumen de manera regular o tienen trastornos de consumo o de dependencia, sin embargo, solo una de cada seis ha tenido asistencia para el tratamiento de la drogodependencia (UNODC, 2014).

Se calcula que unas 12,7 millones de personas son consumidoras de drogas por inyección, de las cuales un 13,1% están infectados con VIH y más del 50% con hepatitis C. Además, el consumo de drogas se asocia con alrededor de 183 mil muertes en el mundo solo en el 2012. De las drogas, los opiáceos y opioides son las más relacionados con la transmisión de enfermedades y muerte, mientras que el cannabis es el más relacionado con los delitos vinculados al uso de drogas (UNODC, 2014).

En Venezuela, de acuerdo a Salazar (2006), el consumo de drogas como problema de relevancia social, comenzó a partir de la década de los 70, luego de que Estados Unidos iniciara sus campañas publicitarias en América Latina para la prevención de drogas, que junto a campañas gubernamentales y de los medios de comunicación, tuvo un efecto paradójico aumentando los niveles de consumo en vez de disminuirlos.

Los datos epidemiológicos de consumo nacional más recientes corresponden a los publicados en el 2011 por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), en el que se contabilizaron 270.096 personas con consumo regular de drogas ilícitas, lo que representa el 1,28% de la población entre 12 y 65 años. De este consumo se encontró que la droga ilícita más consumida fue la marihuana, estimándose que 229.336 personas de entre 12 y 65 años mantuvieron patrones de consumo, de las cuales 136.045 muestran dependencia a la droga. Para la cocaína, 72.131 personas mantuvieron patrones regulares de consumo y 51.506 se evaluaron como dependientes (ONA, s/f).

En cuanto al consumo de alcohol, se calcula que para 2010 el consumo mundial fue de 6,2 litros de alcohol puro por persona para población mayor de 15 años. Un 61,7% de toda la población no había bebido alcohol en los últimos 12 meses. Sin embargo, más del 16% de los bebedores mayores de 15 años lo hacen de forma regular, lo que conlleva a importantes consecuencias sanitarias (OMS, 2014).

En Venezuela, para el 2010 el consumo de alcohol fue de 8,9 litros de alcohol puro por persona para población mayor de 15 años, lo cual está por encima del promedio mundial y ocupa el tercer puesto en Latinoamérica, después de Chile y Argentina. De las personas que consumen un 2,9% presentan dependencia (OMS, 2014).

Este consumo de sustancias, como se ha mencionado, conlleva consecuencias sociales, una de las que es predominante en la opinión popular es la de generación de violencia, sin embargo, aunque esta relación ha sido discutida en la literatura científica los resultados no son concluyentes, la revisión literaria muestra que los consumidores de drogas involucrados en delitos son minoría y las personas que cometen delitos tienen una prevalencia de consumo similar a la del grupo de población al que pertenecen (Antillano y Zubillaga, 2014; Insulza, 2013).

Por otro lado, el problema de las drogas en la salud, si parece ser un tema de relevancia, las investigaciones más recientes en neurociencias revelan que las estructuras cerebrales se ven especialmente afectadas con el consumo. Además generan toda una serie de efectos globales en el organismo (Insulza, 2013).

La marihuana, en particular, aumenta la probabilidad de padecer trastornos psicóticos, depresivos y conducta suicida (Moore et al., 2007). La cocaína tiene como consecuencias a corto plazo la alteración de la transmisión de impulsos nerviosos, facilita la formación de coágulos internos en los vasos sanguíneos, trastornos cardíacos, infartos de corazón y cerebro, a largo plazo atrofia cerebral, alteraciones de la memoria, el sueño y el ánimo (Casete y Climent, 2007; NIDA, 2010). La heroína se relaciona con muertes por sobredosis y transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH o Hepatitis C debido a la utilización de jeringas compartidas (NIDA, 2010; UNODC, 2014).

El alcohol, por su parte, es el principal factor causal de más de 60 enfermedades y lesiones de distinta índole, y solo para el año 2012 fue el responsable de 3,3 millones de muertes y 139 millones de personas con enfermedades o lesiones (Insulza, 2013; OMS, 2014).

En total, y de acuerdo a un indicador de la OMS llamado Carga Global de la Enfermedad, el consumo de drogas puede explicar en un 0.8% de los casos de mortalidad y discapacidad, en el caso del alcohol, lo explica en un 0.7% variando de un país a otro (Insulza, 2013).

Funciones Ejecutivas

Neuropsicología y drogodependencias. Efecto de las drogas en el funcionamiento del cerebro.

El consumo de drogas genera una serie de alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC) que, de acuerdo a Cruz (2001), muestra afectación sobre el sistema dopaminérgico, aun cuando las diferentes drogas lo hagan a partir de diferentes mecanismos de acción: drogas estimulantes tales como la cocaína, anfetaminas o nicotina, producen la liberación de neurotransmisores excitadores e incapacitan los

neurotransmisores inhibitorios, lo que acarrea aumentos en los niveles de dopamina provocando variaciones en el funcionamiento de las zonas del cerebro, que se adaptan para evitar la sobre-estimulación.

Como consecuencia del aumento de los niveles de dopamina se promueve a nivel intracelular la síntesis de proteína debido a la activación de los factores de transcripción vinculados a la configuración del ADN, lo cual tiene algunos efectos temporales y otros permanentes en el cerebro, esto hace que un cerebro adicto funcione de manera diferente a un no consumidor, disminuyendo o alterando sus funciones (Cruz, 2001).

Igualmente, el consumo origina una reorganización metabólica de los circuitos de conectividad sináptica, como producto de los procesos de tolerancia, abstinencia y deshabitación, esto tiene como consecuencia adaptaciones bioquímicas en los sistemas de proyección de la dopamina, la serotonina y la noradrenalina (Viveros, 2002 en Brofman y Delgado, 2011).

En la figura 1, se muestra la alteración en los niveles de dopamina luego del consumo de cocaína.



Figura 1. Alteraciones en los niveles de dopamina producidas por el consumo de cocaína. Tomado de Volkow (2014).

Con relación a la estructura, Viveros (2002, en Brofman y Delgado, 2011) señala que el consumo prolongado puede generar alteraciones estructurales del cerebro como la pérdida en su volumen, reducción de la materia gris así como del volumen del fluido

cerebroespinal ventricular, ensanchamientos del espacio pericortical y de ambos ventrículos laterales, disminución en el tamaño de las neuronas y muerte neuronal o atrofia cerebral.

En la figura 2, se puede apreciar el deterioro estructural que al que se ve sometido el cerebro de una persona con alcoholismo.

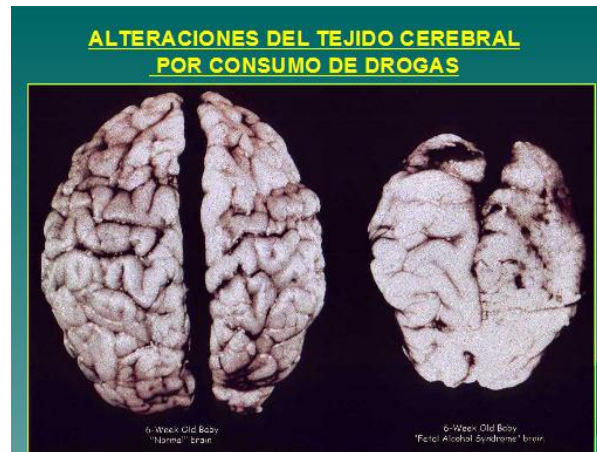


Figura 2. Alteraciones del tejido cerebral por consumo de drogas. Tomado de Volkow (2014).

Además, el consumo prolongado conduce a cambios en la vascularización cerebral como, vasoconstricción, hemorragia cerebral parenquimal, subaracnoidea e isquemia (Brofman, y Delgado, 2011).

Se ha podido evidenciar que los pacientes con trastorno por dependencia a sustancias tóxicas muestran importantes daños en diferentes sistemas del organismo, entre ellos el Sistema Nervioso Central (SNC), teniendo como resultado dificultades de aprendizaje, memoria, resolución de problemas, capacidad de razonamiento abstracto, alteraciones del lenguaje, escasa habilidad para la planificación, tareas viso manuales, déficits en flexibilidad cognitiva, y la toma de decisiones ventajosas (Verdejo, Orozco, Sánchez, Aguilar y Pérez, 2004, en Bausela y Martínez, 2008).

Por su parte, Corral, Rodríguez y Cadaveira (2002) refieren que en la mayoría de los casos de abuso de sustancias existen dificultades neuropsicológicas en las funciones

perceptivo motoras, de memoria, visuoespaciales y ejecutivas, que se correlacionan con otras alteraciones funcionales y estructurales como resultado del consumo prolongado.

Actualmente, existen numerosas investigaciones alrededor de los efectos cognoscitivos y neuropsicológicos del consumo de sustancias psicoactivas. Se han determinado perfiles estables de deterioro en consumidores de distintos tipos de sustancias, por ejemplo, déficits en: atención, memoria, concentración, flexibilidad, funciones ejecutivas, razonamiento, alteraciones en la personalidad, entre otras (Makris, Gasic, Seidman, Goldstein, Gastfriend y Elman, 2004; Landa, Fernández, Tirapu, López, Castillo y Lorea, 2006; Isorna y Felpeto, 2014; Gruber, & Yurgelun, 2001). Si bien, estos déficits pueden ser generalizados, se han estudiado los efectos diferenciales de cada sustancia (Dante, 2007).

De esta forma, la Neuropsicología se ha posicionado como una herramienta clínica destacada en múltiples centros terapéuticos consolidándose así, como paradigma de investigación que integra las diferentes disciplinas de las neurociencias. Entre estas, la Evaluación Neuropsicológica (EN) dirigida a evaluar el funcionamiento de una serie de procesos emocionales y cognitivos que pueden verse afectados como resultado del consumo prolongado (Sánchez y Narbona, 2001).

La importancia de ésta disciplina en el área de las drogodependencias viene dada por la constatación de pérdida frontal tanto estructural como funcionalmente en pacientes con dependencia de sustancias, siendo de gran interés empírico, conceptual y terapéutico. Hoy día, en el ámbito de las drogodependencias, la EN se interesa por el conjunto de habilidades complejas involucradas en la planificación, organización y control del comportamiento denominadas funciones ejecutivas (FE) (Sánchez y Narbona, 2001).

Las FE se ubican principalmente en los soportes anatómo-funcionales de los lóbulos frontales (el córtex prefrontal, el córtex orbitofrontal, y las cortezas, motora y premotora y el área de Broca) y sus conexiones, estas estructuras pueden apreciarse en la figura 3 a continuación (Sánchez y Narbona, 2001).

El sistema ejecutivo se encarga de regular los procesos necesarios para iniciar y detener operaciones mentales como, la capacidad de planificar y monitorear la conducta

dirigida a una meta y las acciones necesarias para alcanzarla, entre otras, así como para mantener la motivación y la persistencia (Sánchez y Narbona, 2001).

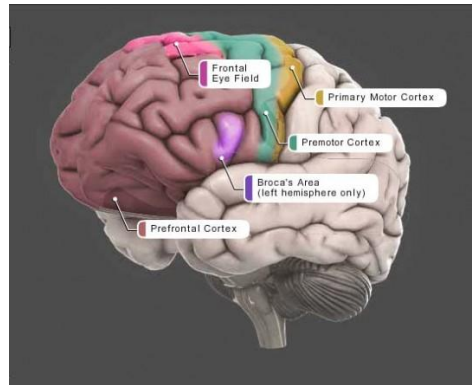


Figura 3. Localización de la corteza prefrontal, las cortezas, motora y premotora y el área de Broca en el cerebro. Fuente: Ardila., Arroyo y Villa. (s/f).

Entre diversos autores (Iruarizaga, Miguel y Cano, 2001; Corral et al. 2002; Sullivan, Fama, Rosenbloom & Pfefferbaum, 2002; Verdejo, López, Orozco y Pérez, 2002; Landa, Fernández, Tirapu López, Castillo y Lorea, 2006; Bausela y Martínez, 2008) existe un significativo grado de acuerdo en torno a que la adicción está asociada al deterioro de las funciones neuropsicológicas, este acuerdo es debido a los resultados hallados en estudios en los que se observa una afectación de las funciones implicadas en la resolución de situaciones que incluyen aspectos como la planificación, abstracción, inhibición de respuestas, flexibilidad mental, ensayos mentales, generación de conceptos y reconocimiento del logro.

Sustratos anatómicos de las funciones ejecutivas.

Como reseñan Pistoia, Abad y Etchepareborda (2004) las FE se asientan en la corteza prefrontal (CPF), la cual funcionalmente se divide en dorsolateral y orbitofrontal. Según Tirapu, Muñoz & Pelegrín (2002, en García et al., 2009) la CPF orbitofrontal se ha relacionado con las funciones cognitivas utilizadas en el manejo del conocimiento social y la CPF dorsolateral, como área asociativa plurimodal, ésta proporciona una

plantilla neural de los procesos cognitivos (Etchepareborda, Mulas, Gandía, Abad, Moreno y Díaz, 2006).

Desde el punto de vista neuro-anatómico, la CPF se divide en cuatro áreas de acuerdo a su ubicación espacial que puede verse especificada en la figura 4, a saber: a) lateral dorsal (46 y 8); b) lateral ventral (45 y 12); c) medial orbital (10, 11,13 y 14) y d) medial dorsal (9). La corteza visual dorsal, la circunvolución temporal superior y el lóbulo parietal envían información visual, auditiva y somatosensorial respectivamente al área medial dorsal, la cual a su vez envía información a la CPF dorsolateral (46), ventrolateral (12 y 45) y a la medial orbital (10, 11, 13 y 14) (Papazian, 2006).

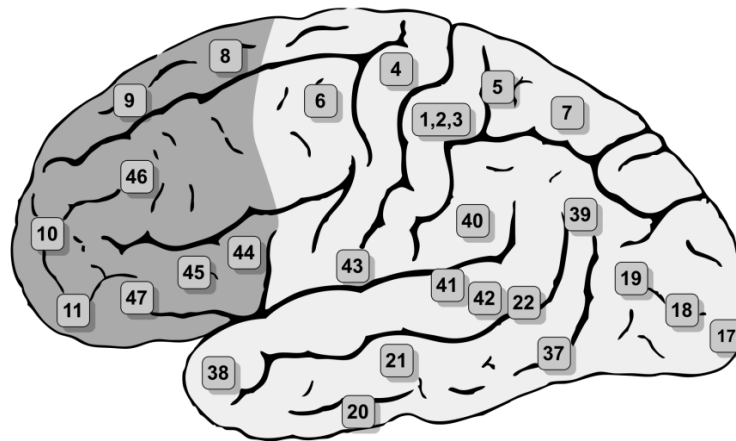


Figura 4. Mapa de las 52 áreas de Brodmann, con énfasis en las áreas de la CPF. Tomado de Ardila et al. (s/f).

Conjuntamente, la CPF tiene conexión a nivel subcortical con el tálamo, los ganglios de la base, la amígdala y el hipocampo y nivel corticocortical con la corteza sensorial y paralímbica (Papazian, 2006).

De esta manera, entre las FE pueden mencionarse: a) la memoria de trabajo, que viene dada por la actividad de las áreas ventrolateral y dorsolateral de la CPF (45, 46 y 12); b) la inhibición de estímulos internos y externos, que es estimulada por la región ventrolateral derecha y c) el proceso de flexibilidad cognitiva que resulta activación del lóbulo frontal izquierdo (Etchepareborda y Abad, 2005; Papazian, 2006).

Breve historia de las funciones ejecutivas.

Delgado y Etchepareborda (2013) señalan que a pesar de que Lezak fue el primer autor en hablar de las FE en 1989, Luria en 1966 fue quien, sin mención del término, habló de estos como trastornos propios de lesiones prefrontales que afectaban la iniciativa, el autocontrol conductual, la motivación y la formulación de metas y planes de acción. Luria en 1973 planteó la existencia de tres unidades funcionales en el cerebro, las cuales son:

1. El estado de alerta y la motivación, las cuales tienen como bases neurobiológicas al sistema límbico y reticular.
2. Se halla sustentada neurobiológicamente por áreas corticales posrolándicas y está compuesta por los procesos de recepción, procesamiento y almacenamiento de la información.
3. Tal vez la más importante para el desarrollo del presente trabajo por su implicación en el papel ejecutivo, se encargaría de los procesos de programación, control y verificación de la actividad; todos estos procesos dependen del funcionamiento de la CPF.

(Delgado, y Etchepareborda, 2013).

Así, Alexander R. Luria en sus publicaciones de (1966, 1973 y 1978 en Luria, 1995) ha contribuido valiosamente al estudio del funcionamiento ejecutivo, de la dimensión sociocultural en el desarrollo de procesos cognitivos y del rol del lenguaje en la autorregulación del comportamiento, pero sólo recientemente han comenzado a ser considerados, gracias al avance de las tecnologías de neuroimagen y al estudio del rol de la CPF.

Por otro lado, en 1989, Lezak definió las FE como: “habilidades mentales que permiten llevar a cabo la formulación de metas y la planificación necesaria para llevar a buen fin su cumplimiento de manera eficaz” (p. 595). Estas habilidades, permiten desarrollar un comportamiento creativo, eficaz y socialmente aceptado (Delgado, y Etchepareborda, 2013 p. 595).

Por su parte, Sholberg y Mateer (1989, en Delgado y Etchepareborda, 2013 p. 596) reseñaron que las FE “comprenden distintos procesos cognitivos, entre ellos, la anticipación, selección de objetivos, planificación, selección de los comportamientos, autorregulación, autocontrol y el uso de la retroalimentación”.

Barkley (2001) las describe como “modelos de acción autodirigidos que permiten la maximización global de las consecuencias sociales. Éstas son las responsables de la anticipación y el establecimiento de la conducta orientada a la consecución de metas”. (Bausela y Martinez, 2008, p. 32).

Siendo uno de los autores de mayor reconocimiento en el estudio de las FE, Fuster (2008), en su teoría general sobre la CPF, señala el importante papel que juega ésta en la estructuración temporal del comportamiento, que se da mediante la coordinación de tres funciones subordinadas:

- *Función retrospectiva:* requiere de la memoria a corto plazo.
- *Función prospectiva:* permite la planificación de la conducta.
- *Función de control y supervisión:* favorece un control de estímulos de factores internos y externos que puedan afectar la formación de patrones de conducta.

(Delgado, y Etchepareborda, 2013 p. 596).

Fuster (2008) señala que las FE son “habilidades cognitivas que permiten la organización de una conducta hacia una meta”. Este autor propuso la atención, integración temporal, toma de decisiones, memoria, memoria de trabajo, planeación y control inhibitorio como las habilidades cognitivas que componen las FE (Delgado, y Etchepareborda, 2013 p. 597).

Así, en un análisis de la historia del concepto de FE y de su medición, Welsh en el 2002 concluye que éstas consisten en procesos básicos coordinados para un propósito específico, “dirigir la actividad hacia una meta. De esta manera, la coordinación y el control de estos procesos justifican el uso del término ejecutivo” (Rodríguez, 2004 p. 32).

Modelo de funciones ejecutivas.

Como se puede observar, en la actualidad la definición de las FE sigue siendo una teoría en construcción, que según Welsh (2002, en Rodríguez, 2004) es un constructo que en la literatura especializada abarca un conjunto de complejas funciones cognoscitivas interrelacionadas entre sí y son vitales para el aprendizaje complejo. Así, el presente trabajo de investigación se ceñirá al enfoque de Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter & Wager (2000) centrado en el estudio de las funciones ejecutivas más básicas: la memoria de trabajo, conceptualización/abstracción e inhibición y alternancia.

A pesar de que Miyake, et al. (2000), no proponen un modelo teórico propiamente dicho, sí plantean una manera de abordar las FE con el fin de facilitar su estudio. De acuerdo con los autores, aun no se ha desarrollado un modelo teórico del funcionamiento ejecutivo que explique la manera en que los procesos cognoscitivos básicos son controlados y coordinados durante la ejecución de tareas cognoscitivas que exigen soluciones creativas, habiendo un vacío de importancia, considerando que estos procesos son parte fundamental de la definición de FE.

En base a este diagnóstico, y partiendo desde el supuesto de que las FE pueden ser entendidas como operaciones básicas que se suman para formar FE más complejas (Miyake, et al. 2000) se concentran en estudiar las funciones más básicas, las relaciones entre ellas y su a vez con tareas más complejas. Para ello consideran tres funciones ejecutivas simples, fácilmente definibles, sencillas de medir y frecuentemente citadas en la literatura (p. 47):

- (1) *alternancia (shifting)*, referida a la capacidad de cambiar de manera flexible entre diferentes tareas, operaciones o esquemas mentales.
- (2) *control inhibitorio*, que consiste en la capacidad para inhibir de manera deliberada respuestas dominantes, preponderantes o automáticas cuando es requerido.
- (3) *actualización (updating)*, que implica la manipulación y actualización de información mantenida en línea en la memoria de trabajo.

Entre los hallazgos de su investigación encuentran que las FE mencionadas “se correlacionan de manera moderada entre ellas pero son claramente separables, apuntando

a que las mismas tendrían una naturaleza unitaria y diversa al mismo tiempo, y que ellas contribuyen diferencialmente a la ejecución de distintas tareas ejecutivas complejas” (Miyake, et al. 2000 p. 51).

Alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de drogas.

Los hallazgos encontrados en los estudios neuropsicológicos muestran la gravedad del consumo de las drogas como el cannabis, los estimulantes, los opiáceos y el alcohol sobre el rendimiento en diversas pruebas sensibles al funcionamiento ejecutivo (Verdejo et al., 2002). Este deterioro tiene como consecuencia afecciones en la atención, la memoria de trabajo, el procesamiento de la información, la organización de la conducta, el juicio y la habilidad para enfrentarse a escenarios novedosos son algunas de las FE (Pineda, 2000 en Bausela. y Martínez, 2008).

A continuación se presenta con detalle las alteraciones específicas de cada droga sobre el cerebro y su funcionamiento.

Cannabis.

Entre las alteraciones asociadas al Cannabis se pueden mencionar: deterioro de la coordinación viso-motora, toma de decisiones, de la atención y memoria trabajo, (Brofman y Delgado, 2011). Por ejemplo, investigaciones como las de Verdejo et al. (2002) encontraron sutiles deterioros en el procesamiento atencional por la influencia de esta droga.

En concordancia con esto, Brofman. y Delgado (2011) encontraron que los consumidores de cannabis presentaron dificultades en la selección eficiente de información de estímulos relevantes y la filtración aquellos irrelevante; además de alteración en el procesamiento de la misma y problemas en la conciencia de errores en su ejecución, debido a que se produce una alteración del monitoreo. Esta alteración a su vez afecta a todas las áreas del aprendizaje, con excepción de la abstracción y el vocabulario

Entre los cambios estructurales causados por el consumo, Wilson, Mathew, Turkington, Coleman y Provenzale (2000, en Isorna, Felpeto, 2013) divisaron

reducciones del volumen global de la sustancia gris e incrementos de la sustancia blanca en consumidores de cannabis que habían iniciado el consumo antes de los 17 años y en mayores cantidades de la misma, notándose así que el inicio a edades más tempranas conlleva a deterioros más acusados. Esto indica que los resultados dependen en gran medida del tiempo de consumo, la cantidad así como la frecuencia (Verdejo, Pérez, Sánchez, Rodríguez y Gómez, 2007).

Además, los consumidores de cannabis presentan importantes cambios funcionales en numerosas áreas prefrontales y temporales, por lo que, en condiciones de activación, tienden a exhibir patrones anormales en algunas tareas cognitivas demandantes, como pruebas de toma de decisiones, motoras y de inhibición (García. et al. 2007).

Cocaína.

Entre las afectaciones por consumo crónico de cocaína, Dante (2007) señala que se encuentran comprometidas la memoria a corto plazo verbal y visual, la atención, la concentración y la flexibilidad y el control mental.

Las investigaciones sobre su consumo crónico, la han asociado a cambios morfológicos cerebrales, tanto en la sustancia gris como en los haces de fibra de la sustancia blanca. Se ha examinado dichos cambios en estos consumidores luego de abandonar el consumo, entre estos, Franklin, Acton, Maldjian, Gray, Croft y Dackis (2002, en Fagundo Martín, Abanades, Farré y Verdejo, 2007) detectaron reducciones de la densidad de la sustancia gris en numerosas regiones prefrontales, el córtex temporal superior, el córtex cingulado anterior, el cerebelo y la ínsula.

Del mismo modo, Matochik, Londres, Eldreth, Cadete & Bolla (2003, en Fagundo et al., 2007), detectaron en su estudio reducciones significativas de la concentración de la sustancia gris en 10 de 13 subdivisiones de las áreas prefrontales, en el grupo de consumidores de cocaína. Estos resultados se han asociadas a alteraciones neuropsicológicas en procesos psicomotores y ejecutivos (Fein, Sclafani Meyerhoff, 2002; Sim et al., 2007).

En investigaciones más específicas, Makris et al., (2004, en Fagundo et al., 2007) en un estudio de la morfología de la amígdala en relación al consumo de cocaína, hallaron reducciones de hasta un 23% del volumen de esta región en consumidores de esta droga en particular.

Por otro lado, estudios recientes han revelado alteraciones de la sustancia blanca localizada entre las regiones prefrontales inferiores, el córtex insular y la amígdala subcorticales en consumidores de cocaína (Lim et al., 2002; Lim et al., 2007; Lyoo et al., 2004, en Fagundo et al., 2007), estas alteraciones pueden relacionarse con perturbaciones del circuito anatómico orbitofrontal, que conecta las regiones frontales inferiores con las estructuras del sistema límbico.

Del mismo modo, se han observado reducciones de las fibras de la sustancia blanca en la porción anterior del cuerpo calloso el cual, puede relacionarse con las alteraciones del córtex frontal y el déficit en las FE (Moeller et al., 2005). En estas regiones, la presencia de niveles bajos de mielinización, objetivado mediante la disminución de su anisotropía fraccional, correlacionó con un incremento de la impulsividad y la falta de planificación (Lim et al., 2007 en Fagundo et al. 2007; Moeller et al., 2005).

El cerebelo, es otra región cerebral que en diferentes estudios se ha encontrado afectada por el consumo crónico de cocaína, observando también reducciones de la sustancia blanca que a su vez correlacionaron negativamente con el rendimiento psicomotor y las FE (Fagundo et al. 2007).

Por su parte, ya que se han asociado los deterioros vinculados al consumo de cocaína con neuroadaptaciones provocadas por la sobre estimulación de las vías dopaminérgicas, con el consecuente agotamiento de estas vías ya abandonada la sustancia, los estudios se han enfocado en el funcionamiento de sistemas neuroquímicos y en los circuitos dopaminérgicos (Gruber, & Yurgelun, 2001).

En esta línea de ideas, se han observado disminuciones significativas de la concentración basal de los receptores y los transportadores dopaminérgicos a nivel del núcleo estriado y el córtex prefrontal/orbitofrontal en consumidores de cocaína y

anfetaminas (Sekine, Iyo, Ouchi, Matsunaga, Tsukada & Okada, 2001; Volkow et al., 1993, 1997).

En los estudios antes mencionados (Gruber, & Yurgelun, 2001; Sekine et al., 2001; Volkow et al., 1993, 1997), se han encontrado bajos niveles de ocupación de receptores dopaminérgicos D2 ante la administración de fármacos psicoestimulantes en consumidores de cocaína y metanfetaminas en el córtex orbitofrontal y los ganglios basales.

Estos resultados demuestran descensos de la actividad celular dopaminérgica, la cual puede estimular una progresiva hipersensibilización de la señalización a la misma en respuesta a la continua presencia de la droga (Volkow, Fowler & Wang, 2004, Volkow, Wang, Fowler, Logan, Gatley & Hitzeman, 1997).

La figura 5, muestra las alteraciones en los niveles de dopamina debido a la presencia de la cocaína.

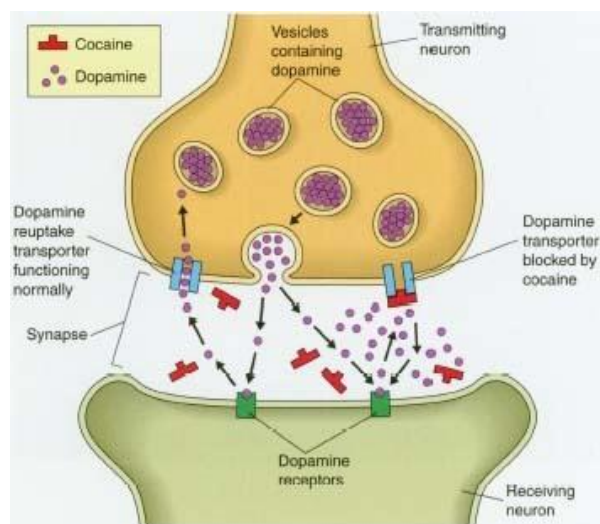


Figura 5. Efectos de la cocaína sobre receptores dopaminérgicos. Tomado de Gómez, (2010).

En otros estudios, Bolla, Ernst, Kiehl, Mouratidis, Eldreth & Contoreggi (2004) hallaron alteraciones de la activación en regiones fronto-basales en la realización de tareas de FE, incluyendo paradigmas de inhibición y toma de decisiones, demostrando que aun teniendo 25 días de abstinencia, los consumidores de cocaína presentan una

menor activación del córtex cingulado anterior y prefrontal lateral durante tareas de inhibición motora y memoria operativa además de las actividades de toma de decisiones (Hester, 2004).

En el mismo orden de ideas, García, García, Sánchez, Rodríguez y Gómez (2007) hallaron importantes variaciones en diversas regiones dentro del córtex prefrontal, la sustancia blanca subyacente y en otras estructuras subcorticales basales (las ínsulas, la amígdala y los ganglios) en consumidores de cocaína. Asimismo, estas regiones muestran una actividad reducida ante las demandas de tareas de inhibición, memoria operativa y toma de decisiones.

Éxtasis (3,4-metilenodioximetanfetamina, MDMA, M&M, ADAN o MOLLY).

Diversos estudios acerca del consumo crónico de éxtasis han relacionado éste a alteraciones morfológicas, incluso tras períodos de abstinencia, específicamente en la sustancia gris en regiones corticales, con predominio frontal, y en estructuras subcorticales como el cerebelo o los ganglios basales (Fagundo et al. 2007).

Uno de estos es Cowan, Lyoo, Sung, Ahn, Kim & Hwang (2003), quienes compararon en su estudio un grupo de policonsumidores con preferencia de consumo de éxtasis en situación de abstinencia con un grupo de control. Obteniendo como resultado, que los consumidores de éxtasis presentaron niveles importantes de reducción en la sustancia gris en áreas del córtex cingulado anterior, el córtex frontal y temporal, el cerebelo y el tronco cerebral en comparación con el grupo control.

En otro estudio Daumann, Fischermann, Pilatus, Thron, Moeller & Gouzoulis (2004), usando resonancia magnética de espectroscopia de protones, observaron importantes alteraciones morfológicas en el hipocampo, las cuales se relacionan con deterioros en el proceso mnésico.

Por su parte, Reneman, Lavalaye, Achmand, De Wolff & Heeten (2001) detectaron aumentos del coeficiente de difusión en el globo pálido. Estos resultados apuntan a una pérdida axonal en esta zona, debido a alteraciones en las proyecciones serotoninérgicas en el núcleo estriado.

En consonancia con los hallazgos estructurales, en general los cambios metabólicos relacionados al consumo de éxtasis se explican por reducciones en la actividad regional límbica y prefrontal. Otros estudios sugieren una reducción del flujo regional en el córtex frontal dorsolateral, el córtex parietal superior y el núcleo caudado (Chang, Ernst, Mishkin & Melchor, 2000 en Fagundo, 2007).

Dos estudios posteriores, encontraron una disminución significativa del metabolismo regional mediante y a su vez del metabolismo en las regiones frontales, los ganglios basales, el hipocampo y la amígdala, siendo estas más severas en los consumidores de éxtasis que habían iniciado el uso de la sustancia antes de los 18 años (Buchert, Obrocky, Thomasius, Valterlein, Petersen & Jenicke, 2001, Obrocki, Schmoldt, Buchert, Andresen, Petersen & Thomasius, 2002).

Adicionalmente, estos autores evaluaron los cambios en la actividad cerebral en consumidores crónicos de éxtasis en situación de abstinencia y observaron altos niveles de descenso del metabolismo en áreas implicadas en el circuito del refuerzo como los ganglios basales, el hipocampo y la amígdala (Fagundo et al, 2007)

Otro conjunto de estudios se ha centrado específicamente en las alteraciones relacionadas con la disponibilidad de serotonina, un neurotransmisor que se ha relacionado consistentemente con los efectos neurotóxicos del MDMA en humanos y animales (McCann, Szabo, Scheffe, Dannals & Ricaurte, 1998, Taffe, Davis, Yuan, Schroeder, Hatzidimitriou & Parsons, 2002). Se señalan reducciones significativas de los niveles corticales de transportadores de serotonina en consumidores de éxtasis (Reneman, et al, 2001, Thomasius, Petersen, Buchert, Andresen, Zapletalová & Wartberg 2003).

Otras investigaciones, Buchert, Thomasius, Wilke, Petersen, Nebeling & Obrocky (2004 en Verdejo et al. 2007), detectaron importantes bajas de la disponibilidad de transportadores de serotonina en el córtex cingulado posterior, el córtex temporal medial, el córtex occipital, el núcleo caudado, el tálamo y el tronco cerebral en consumidores abstinentes de MDMA, en la figura 6, se puede apreciar los cambios en la producción de serotonina a causa del consumo de éxtasis.

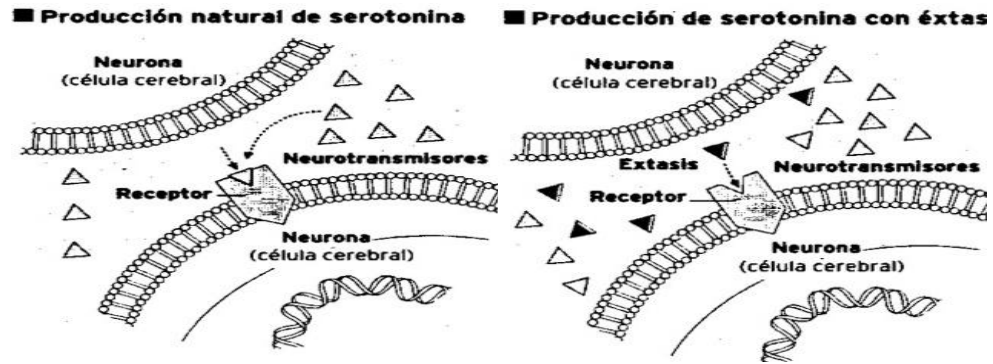


Figura 6 Alteración en la producción de serotonina debido al consumo de éxtasis. Tomado de Espejo (2013).

En concordancia con los hallazgos funcionales, los cambios metabólicos asociados a la ejecución de un paradigma experimental en consumidores de éxtasis muestran reducciones de la activación en las regiones frontales y temporales mediales (Fagundo et al. 2007).

En relación con la memoria episódica asociada al consumo, Daumann et al. (2004) analizaron la actividad cerebral relacionada con las demandas de codificación y recuperación de una tarea específica (asociación de caras con profesiones) en un grupo de consumidores de éxtasis en situación de abstinencia. Sus resultados muestran reducciones significativas de la activación en el hipocampo izquierdo durante la fase de recuperación de la tarea. Mostrando así, deterioros importantes funcionales y estructurales por el consumo de MDMA.

Heroína.

Diversos estudios (Pezawas, Fischer, Podreka, Schindler, Brücke & Jagsch 2007; Lyoo et al 2004, en Fagudo, 2007; Kish, K., Derkach, P., Schmunk, G., Guttman, M. & Ang 2001, en Fagudo, 2007), han confirmado la presencia de alteraciones corticales y de la sustancia blanca en consumidores de heroína, revelando extensiones del espacio ventricular y pericortical, reducciones del volumen cerebral en consumidores de heroína (especialmente, en el córtex frontal). Lyoo et al. (2004) han encontrado hiperintensidades

de la sustancia blanca profunda e insular adyacente al córtex prefrontal en estos consumidores.

Asimismo, los estudios del flujo sanguíneo y el metabolismo cerebral han mostrado reducciones del funcionamiento de diversas regiones corticales, especialmente en la perfusión del córtex frontal, en un 90% de los casos de consumidores de heroína analizados. No obstante, los defectos de perfusión mostraron recuperaciones significativas pasadas tres semanas de abstinencia (Fagundo et al. 2007).

De modo similar, Pezawas et. al., (2007) mostraron reducciones del flujo cerebral en distintas áreas del córtex prefrontal y los ganglios basales en consumidores activos de heroína y metadona. Del mismo modo, Danos, Kasper, Grunwald, Klemm, Krappel & Broich (1998) observaron reducciones del flujo cerebral del córtex frontal en consumidores de heroína durante el proceso de retirada de la sustancia. En contraste con los indicadores de recuperación asociada a la abstinencia, Gerra, Calbani, Zaimovic, Sartori, Ugolotti & Ippolito (1998) reportaron descensos en el nivel del metabolismo regional del córtex prefrontal y temporal.

Wang, Volkow, Fowler, Logan, Hitzemann & Pappas (1997) por su parte, determinaron que los consumidores de opiáceos mostraban altas tasa de reducción en los niveles de receptores dopaminérgicos D2 en el estriado.

En concordancia con Wang et al (1997) investigaciones como la de Forman, Dougherty, Casey, Siegle, Braver & Barch (2004 en Verdejo et. al., 2007) y Lee, Zhou, Luo, Yuen, Ruan & Weng (2005) examinaron la actividad neural relacionada con desempeño de consumidores de heroína en tareas de inhibición del paradigma *go/no go*; obteniendo deducciones análogas.

Así, los resultados de estos autores fueron: Forman et. al., (2004 en Verdejo et al 2007) encontraron reducciones significativas de la actividad del córtex cingulado anterior relacionada a los errores de comisión de la tarea en consumidores de heroína. En condiciones similares, Lee et. al., (2005) demostraron que consumidores activos de heroína presentan una menor activación del córtex cingulado anterior y el giro frontal inferior durante la ejecución en otra versión de la tarea *go/no go*.

En el mismo orden de ideas, Fishbein, Eldreth, Hyde, Matochik, Londres & Contoreggi (2005) reportaron una reducción de la actividad del córtex cingulado anterior durante la ejecución en una tarea de toma de decisiones (*Cambridge Gamble Task*) en policonsumidores con preferencia a la heroína. Asimismo, Ersche, Fletcher, Lewis, Clark, Stocks & Londres (2005) mostraron alteraciones del córtex prefrontal dorsolateral y el córtex orbitofrontal durante la ejecución en la misma tarea.

Alcohol.

Con respecto al consumo crónico de alcohol se ha encontrado que personas con este trastorno muestran deficiencias en coordinación visomotora, flexibilidad cognitiva, inteligencia, memoria, aprendizaje y razonamiento verbal y no verbal, resolución de problemas, percepción, habilidades visoperceptivas y velocidad de procesamiento de información (Garrido & Fernández, 2004, Bausela, y Martínez, 2008).

Conjuntamente, existen evidencias de que los consumidores de alcohol presentan alteraciones de la memoria de trabajo, de la atención y de la FE debido a fallas en la zona cortical predominantemente frontal, consecuencia del consumo, como se muestra en la figura 7 (Quesada, Díaz, Herrera, Tamayo & Rubio, 2007).

Baddeley & Wilson (1988, en Landa, Fernández & Tirapu, 2004), denominaron “síndrome disejecutivo” “al trastorno caracterizado por la dificultad para mantener la concentración durante la realización y finalización de una tarea sin la necesidad de un control extrínseco, ausencia de conducta flexible y creativa, dificultad en aprender nuevas conductas y utilizar estrategias operativas, baja flexibilidad cognitiva, y dificultad para anticipar las consecuencias del comportamiento propio, lo que provoca impulsividad e incapacidad para posponer respuestas” (p.42).

De acuerdo a las investigaciones revisadas por Landa et al. (2004), algunas de las habilidades sobre las cuales se ha constatado un déficit son: flexibilidad mental, habilidades verbales y no verbales, capacidad de resolución de problemas, inhibición de respuestas automáticas, ejecución de tareas visoespaciales, capacidad para resolver problemas y manipular conceptos abstractos (Landa et al. 2004).

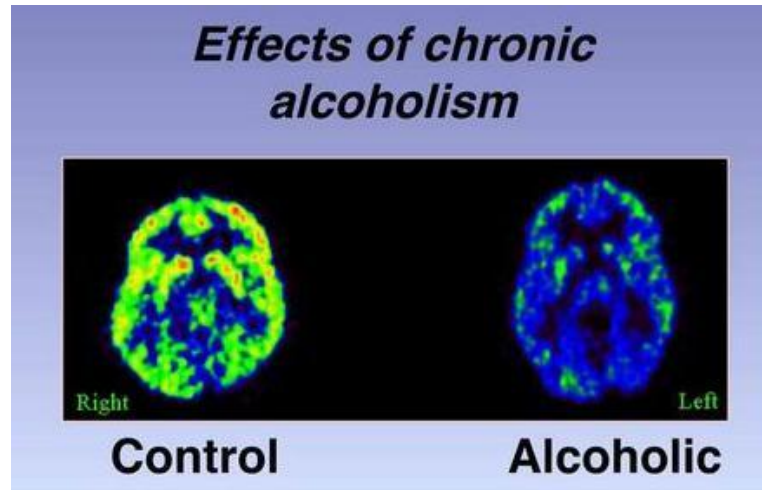


Figura 7. Efectos del alcohol en el funcionamiento del cerebro. Tomado de Ruiz (2014).

De acuerdo a estas consideraciones, se hace resaltante que el consumo de sustancias psicoactivas o estupefacientes, cualquiera que ésta sea, acarrea consecuencias estructurales y funcionales en el córtex prefrontal, derivando esto en deterioros generales en las Funciones Ejecutivas (Fagundo et al. 2007).

Como puede notarse, el consumo de sustancia psicoactivas o estupefacientes trae consigo el deterioro estructural y funcional de diversas zonas de córtex prefrontal y a su vez de distintas FE. La rehabilitación de estas funciones es parte fundamental en la reinserción del individuo en la sociedad (Fernández, 2013).

Sin embargo, estas no son el único elemento a tomar en cuenta a la hora de la rehabilitación de un paciente en condición de drogodependencia, ya que la vida social depende de múltiples y complejas interacciones entre el organismo y su entorno, siendo necesario un abordaje que tome en cuenta las habilidades sociales, cognitivas y las habilidades para el control de las emociones del paciente, las cuales los diversos autores las han agrupado en el constructo: habilidades para la vida (Mangrulkar et al. 2001; Melero, 2010; Mantilla, 2001).

Habilidades Para La Vida

Becoña (2002) señala como procesos psicológicos básicos: la percepción, la atención, la memoria, la inteligencia, los procesos de aprendizaje y cognición, la comunicación, la influencia social, la cognición social, la personalidad y la consciencia. Este autor afirma que estos deben ser tenidos en cuenta para comprender, explicar, prevenir y tratar el consumo de drogas. Si se compara, algunos de los procesos referidos por Becoña, poseen cierta similitud con lo que otros autores han definido como Funciones Ejecutivas (FE) y Habilidades para la Vida (HV).

Historia de las “Habilidades para la Vida”.

Las HV, se originan como una iniciativa por parte de la OMS a principios de la década de los noventa. Este modelo es emitido específicamente en el año 1993 por la División de Salud Mental de la OMS y aparece en forma de una propuesta internacional que nace con el objetivo de responder a las preocupaciones de dicha organización por una educación más completa, capaz de formar a los niños, niñas y adolescentes contra todas las exigencias del mundo actual (Díaz, Rosero, Melo y Aponte, 2013).

De manera que las HV se presentan como una propuesta educativa, cuyo propósito es el difundir a escala mundial la enseñanza de una serie de destrezas consideradas de importancia para el desarrollo de aptitudes psicosociales de niños, niñas y adolescentes (Díaz, Rosero, Melo y Aponte, 2013).

En palabras de la OPS, otro organismo comprometido con la propuesta las HV, éstas representan “un aspecto clave del desarrollo humano, tan importante para la supervivencia básica como el intelecto, es la adquisición de habilidades socio-cognitivas y emocionales para enfrentar problemas” (Mangrulkar et al., 2001, p.6).

Del mismo modo, estas habilidades son definidas por El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), partiendo de la iniciativa original “Life Skills in Schools” (Habilidades para la Vida en las Escuelas) de la OMS, como “aquellas habilidades que permiten un comportamiento positivo y adaptativo para hacer frente a las exigencias y desafíos de la vida cotidiana de una manera efectiva” (UNICEF, 2004 en

Mantilla, 2001, p.6). Otra definición es presentada por la OMS, organización que las describe como: “destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria” (Mantilla, 2001, p.7).

Por último, la definición de la OMS de 1993 enunciada por Montoya y Muñoz (2009), se refiere a las HV como un conjunto de competencias individuales necesarias para la promoción de la salud, cuya finalidad es que la persona enfrente de manera efectiva las exigencias y retos de la vida diaria a través de la ejecución de conductas positivas y adaptativas.

En esta medida, las HV son tomadas como destrezas que guían el comportamiento propio y el actuar de cierto modo, considerando que también se relacionan con la motivación individual y el contexto en que se desenvuelva la persona. Se crea una consonancia entre los factores que motivan al aprendizaje, las actitudes y los valores la práctica de un estilo de vida saludable (Mantilla, 2001).

Mangrulkar et al., (2001, p.6), identifican tres categorías clave que definen que son las HV: “a) las habilidades sociales o interpersonales; b) las habilidades cognitivas y c) las habilidades para enfrentar emociones, es decir, se distinguen aquellas habilidades que no forman parte de las HV a actividades de tipo técnico-vocacionales”.

Actualmente, este conjunto de habilidades se ha convertido en un campo de investigación y práctica con difusión en varias regiones del mundo, sumando aportaciones en áreas como la promoción de la salud y la convivencia, inclusión social, fomento de la resiliencia y prevención de riesgos psicosociales (Mangrulkar et al., 2001, Melero, 2010, Mantilla, 2001).

El modelo cuenta con una trayectoria de investigación a nivel mundial, con aproximadamente 30 años de estudio y se ha desarrollado en mayor medida hacia el ámbito práctico. En este sentido, los programas que presenta intervienen en áreas como la educación, las habilidades sociales y la prevención de problemas específicos asimismo los relacionados con hábitos de vida saludables desde el ámbito de promoción de la salud, en la prevención en el área de las drogodependencias y el trabajo con niños y adolescentes (Mangrulkar et al., 2001, Melero, 2010, Mantilla, 2001).

Teniendo en cuenta que el desarrollo de este modelo ha sido predominantemente práctico, se han desarrollado una gran cantidad de programas en torno al mismo. De acuerdo con la OMS (1993 en Díaz et al., 2013), la pedagogía relacionada con las HV es de carácter eminentemente activo, es decir, que involucra estrategias de enseñanza participativas como la actuación, debates, análisis de situaciones y solución de problemas de forma individual. Con esto se pretende que los programas de HV comprometan en forma activa a los jóvenes en su proceso de desarrollo y ser a su vez, estrategia de empoderamiento.

De acuerdo a la OPS (2000), algunas referencias sobre el inicio de programas señalan de fundamental importancia al Dr. Gilbert Botvin (1979, en OPS, 2000), especialista en ciencias de la conducta y profesor de psiquiatría, quien publicó un programa escolar de adquisición de HV y prevención del consumo de drogas dirigido a adolescentes. En la capacitación, emplea estrategias que forman a los estudiantes para tener fuerza de voluntad en el rechazar las drogas.

Partiendo de este modelo, también se han realizado investigaciones relacionando el enfoque con la Salud Mental, tanto en términos preventivos como en vinculados a procesos de intervención en casos de psicopatologías.

Un ejemplo de esto es proporcionado por los estudios de Magnani et al., (2005, en Díaz et al., 2013), estos autores realizaron investigaciones acerca de la disminución de riesgos en el comportamiento sexual inadecuado en adultos y estudios relacionando variables como: calidad de vida subjetiva y objetiva en pacientes ambulatorios con esquizofrenia. En este último caso se concluyó que las HV, que cuentan los familiares es un buen predictor de la calidad de vida del paciente (Aki et al., 2008, en Díaz et al., 2013).

La investigación realizada por Tuttle, Campbell-Heider y David (2006, en Díaz et al., 2013), evaluó los resultados de un programa basado en HV en población adolescente en condiciones de riesgo, demostrando un fortalecimiento en las actitudes y patrones de respuesta positivos por parte de los mismos.

Las HV también han sido implementadas en programas de prevención de la violencia (Feshbach, 1982; Shure y Spivack, 1988, en Díaz et al., 2013), promoviendo la

empatía y ayudando a encontrar soluciones sin recurrir a la agresión. De manera que, siguiendo las hipótesis de Botvin (1980 en Díaz et al., 2013), parece ser que los programas de entrenamiento en HV resultan efectivos en gran diversidad de poblaciones siempre y cuando estos se adecúen a la sensibilidad cultural.

Las diez habilidades para la vida.

De acuerdo a Melero (2010), las diez HV que componen el modelo son: conocimiento de sí mismo, toma de decisiones, solución de problemas, empatía, comunicación efectiva o asertiva, relaciones interpersonales, y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de sentimientos y emociones, manejo de las tensiones y estrés. Éstas se describen de la siguiente manera:

1. *Conocimiento de sí mismo:* implica el reconocimiento del carácter propio, fortalezas, debilidades, preferencias. De acuerdo a Mantilla (2001), permiten ampliar el conocimiento personal y facilitar el reconocimiento de las situaciones que generan preocupación o tensión. Por lo general, este conocimiento es requisito indispensable para una comunicación efectiva, relaciones interpersonales adecuadas y la capacidad para desarrollar empatía hacia los demás.
2. *Empatía:* es la capacidad de ubicarse en el lugar del otro, percibir cómo es la vida para esa persona, incluso en situaciones desconocidas o no experimentadas propiamente con anterioridad. La empatía fomenta la aceptación de las personas diferentes y mejora las interacciones sociales. También promueve comportamientos solidarios y de apoyo hacia las personas que necesitan atención especial, asistencia o aceptación, como personas con enfermedades de transmisión sexual o personas con trastornos mentales, quienes son más propensos a ser víctimas del rechazo social (Mantilla, 2001).
3. *Comunicación efectiva:* se vincula a la capacidad de expresión, tanto verbal como preverbal, que se da de manera concordante a la cultura y las situaciones. Pretende dar herramientas adecuadas para alcanzar objetivos de manera socialmente aceptable por medio de la enseñanza de un conjunto de

pensamientos, sentimientos y acciones, dentro de lo cual se incluye la capacidad de pedir consejo o ayuda en momentos en que se lo requiera (Mantilla, 2001).

4. *Relaciones interpersonales:* se refiere a una destreza que consiste en una manera de relacionarse de forma positiva con las personas con las que se interactúa, así como a la habilidad necesaria tanto en el inicio, mantenimiento y término de relaciones de manera constructiva. Manteniendo vínculos amistosos que son importantes para el bienestar mental y social, conservar buenas relaciones con los miembros de la familia quienes son una fuente importante de apoyo social (Mantilla, 2001).

5. *Toma de decisiones:* facilita el manejo constructivo de las decisiones respecto a la vida propia y la de los demás. Esto puede tener consecuencias para la salud y el bienestar en tanto que se tomen decisiones en forma activa y asertiva acerca de sus estilos de vida, evaluando opciones y las repercusiones que éstas podrían tener (Mantilla, 2001).

6. *Solución de problemas:* permite enfrentar de forma constructiva los problemas en la vida. Los conflictos importantes que no se resuelven pueden desencadenar en problemas que van desde malestar físico, mental, hasta problemas psicosociales adicionales. Otro aspecto de esta habilidad se relaciona con la solución de conflictos, orientada a la educación constructiva, creativa y pacífica de resolver los conflictos cotidianos de diversas magnitudes, como una forma de promover una cultura de la paz (Mantilla, 2001).

7. *Pensamiento creativo:* consiste en la utilización de los procesos básicos de pensamiento para desarrollar ideas novedosas y constructivas. Enfatiza los aspectos del pensamiento que tienen que ver con la iniciativa y la razón. Favorece la toma de decisiones y la solución de problemas, lo cual permite evaluar las diferentes alternativas y sus consecuencias de las acciones u omisiones. Así, el pensamiento creativo es una herramienta que ayuda a ver más allá de la experiencia inmediata, propiciando conductas adaptativas y flexibles a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana (Mantilla, 2001).

8. *Pensamiento crítico:* caracterizado por el análisis de información y experiencias de manera objetiva, contribuyendo tanto a la salud como al

desarrollo personal y social en tanto que permite reconocer y evaluar los factores que influyen en las actitudes y comportamientos propios y los de los demás, la violencia, la injusticia y la falta de equidad social. El individuo crítico antes aceptar una información hace un análisis cuidadoso de la misma en términos de evidencia, razones y teorías. Teniendo mayor posibilidad de hacer una interpretación más comprensiva y objetiva de la información entrante, como, publicidad, modelos sociales transmitidos e información de los medios masivos de comunicación (Mantilla, 2001).

9. *Manejo de sentimientos*: ayuda en el reconocimiento de los sentimientos y emociones propias y los de los demás, a ser conscientes de cómo influyen en relación al comportamiento social, y a responder a ellos en forma apropiada (Mantilla, 2001).

10. *Manejo de las tensiones y estrés*: facilita el reconocimiento de las fuentes de estrés y sus efectos en la vida y el organismo; permite desarrollar una mayor capacidad para responder a esos eventos considerados como angustiantes y controlar el nivel de estrés así como realizar acciones que reduzcan sus fuentes, por ejemplo, haciendo cambios en el entorno físico o en el estilo de vida, y por último incluye el aprendizaje de técnicas de relajación con el fin de evitar problemas de salud ocasionados por el estrés (Mantilla, 2001).

Otra clasificación relevante relacionada con el modelo de HV, es la presentada por Mangrulkar et al., (2001), en el “Enfoque de Habilidades para la Vida para un Desarrollo Saludable de Niños y Adolescentes”, presentado por el Programa de Salud Familiar y Población, División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS.

Esta organización reseña que las HV abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí. Estas son: a) Habilidades sociales o interpersonales: comprenden la comunicación, confianza, habilidades para la negociación/rechazo, cooperación y empatía; b) Habilidades cognoscitivas: abarcan la solución de problemas, toma de decisiones, comprensión de consecuencias, pensamiento crítico y autoevaluación; c) Habilidades para el control de emociones: incluye el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal (Mangrulkar, et al., 2001, p. 5).

Las habilidades para la vida y las drogas.

Si bien es cierto que actualmente es creciente la utilización de programas, en el desarrollo de las HV para la rehabilitación de la drogodependencia, el fuerte de estos se encuentra en la prevención, siendo destinados concretamente a niños, adolescentes y adultez temprana, por ser estas etapas donde se presentan mayores conductas de riesgo (Martínez, Sánchez, Palos, Pérez y Montes, 2010).

De esta manera, las HV buscan tanto el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes como la prevención de problemas psicosociales, al buscar según Mantilla (2001) la provisión de capacidades, aptitudes y destrezas específicas tanto a en el aspecto físico, psicológico, social, cognitivo, moral y vocacional. Por ello, funcionan como elemento clave para el desarrollo de las personas en la sociedad, siendo así que, el acercamiento a este modelo se presenta con el objetivo de ser un elemento protector contra el consumo de drogas.

Del mismo modo, Díaz et al., (2013) señalan las HV como una variable de protección importante en relación con las problemáticas psicosociales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Debido a la influencia de esta variable en la probabilidad del comienzo o recaída en el consumo de sustancias, diversos estudios han evaluado la relación entre las HV y el consumo de drogas. Encontrando que habilidades sociales como la asertividad asociada a la resistencia a la presión, son factores protectores ante el consumo. Una investigación encontró que los adolescentes no consumidores obtuvieron mayores puntajes en resistencia a la presión de pares para consumir tabaco y alcohol, con respecto a los consumidores, por lo tanto, estos últimos, son menos asertivos para decir “no” (Epstein y Botvin, 2002; Epstein, Zhou, Bang y Botvin, 2006; Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez y López, 2009).

En cuanto a la asertividad general, se han encontrado resultados contradictorios, en estudios de Wills, Panadero y Botvin (1989) y de Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003) donde se señala que la asertividad general no se relaciona con el consumo, mientras que López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy (2003) indican que existe una relación directa.

Las habilidades emocionales, como por ejemplo la expresión de las emociones, también se han explorado en relación al consumo de drogas. Llorens, Perelló & Palmer (2004) encontraron que jóvenes de 18 años que les resultaba más difícil expresar sus emociones, fumaban 42% más que los jóvenes que no presentaban estas dificultades.

Por su parte, Becoña y Míguez (2004) indican que uno de los factores que parece ser decisivo en el inicio al consumo de tabaco es el estrés. Estos autores encontraron que aquellos adolescentes que se iniciaron en el consumo de tabaco presentaron mayores niveles de estrés comparativamente con adolescentes no fumadores.

Sáiz, Gonzales, Jiménez, Delgado, Liboreiro, Granda y Bobes (1999), por su parte, encontraron que adolescentes con niveles altos de inestabilidad emocional consumían con más frecuencia alcohol, tabaco y otras drogas. El manejo de la ira es otra habilidad emocional que se ha relacionado con el consumo de tabaco en adolescentes. En este sentido, Audrain-McGovern, Rodríguez, Tercyac, Neuner y Moss (2006) en un estudio de autocontrol, hallaron que aquellos jóvenes capaces de expresar verbalmente su enojo, tienen en menor medida el hábito de fumar y si lo tienen, su frecuencia es baja.

En lo que respecta a las habilidades cognitivas, se ha encontrado que la planeación del futuro y el dirigir pensamientos acerca de las consecuencias negativas de tomar alcohol y fumar tabaco puede llevar a la disminución de su consumo (Ponce de León y Alfaro, 2002). En este sentido, Audrain-McGovern et al., (2006) encontraron que los adolescentes con mejor capacidad de planificación en tareas cotidianas y planes futuros correlacionan con grupos de pares no consumidores de tabaco.

Una variables que contribuye a reducir o evitar el consumo es el autocontrol, esta es otra HV que se ha estudiado. López-Torrecillas et al., (2003) al evaluarlo en relación al consumo de drogas, en un grupo de jóvenes de 21 a 35 años, encontraron que quienes tenían una puntuación baja en esta habilidad consumían drogas con más frecuencia que aquellos con puntuaciones mayores.

En otros estudios, Pérez de la Barrera (2012), a partir de la validación de siete escalas de HV que la literatura reportó como relacionadas con la prevención del consumo de drogas, señaló que estudiantes no consumidores de tabaco, marihuana, alcohol e inhalables obtuvieron mayores puntajes en empatía, resistencia a la presión y planeación del futuro en contraste con consumidores en el último mes. Se puede observar como en el

caso del uso de sustancias psicoactivas, el tener o no un buen repertorio de HV puede ser la diferencia entre caer o no en el consumo, de la misma forma la adquisición de estas puede disminuir las recaídas. Se puede ver en los diversos estudios citados anteriormente, como las HV afectan la vulnerabilidad hacia las drogas (Andrade et al., 2009; Pérez de la Barrera, 2012).

Las Habilidades para la Vida en Venezuela.

En cuanto a las iniciativas de las HV en Venezuela Mangrulkar et al., (2001), señalan que una ONG en Venezuela denominada “Prevención y Alternativas”, ha estado trabajando en el área de prevención y control del uso de tabaco incluyendo subsecuentemente el alcohol y otras drogas. La iniciativa comenzó a partir del “Programa de Prevención y Control del Uso de Tabaco de la OPS” y el interés acerca del abuso de drogas por parte de los jóvenes en las escuelas, mostrado por los ministerios de Salud y de Educación en Venezuela.

El programa propuesto por la OPS, comprende dos actividades interrelacionadas: el diseño de un programa de estudios preventivo, con el objetivo de ser usado con adolescentes en el aula, y también el desarrollo de un manual de maestros con contenido informativo acerca de los efectos adversos de las drogas y el tabaco, dirigido a la prevención del abuso de drogas (Mangrulkar et al., 2001).

La coordinación del programa es ejercida por la OPS, la Comisión Antitabaco del gobierno (trabajando con los ministerios de Salud y de Educación) y dos ONG: “Acardio” y “Prevención Alternativas”. Actualmente, “Prevención y Alternativas” se encuentra en período de desarrollo de una prueba piloto del manual de capacitación de maestros en cuatro estados y en la ciudad capital, trabajando con dos escuelas en cada estado.

De acuerdo a Mangrulkar et al., (2001), el manual de capacitación de maestros se fundamentó a partir de la experiencia adquirida con el programa de capacitación de HV de Botvin, los planes existentes usados en América Latina, incluyendo “Sin Drogas”, “Más Libres”, y el trabajo relativo a proyectos de desarrollo de la vida adolescente.

Mangrulkar et al., (2001) describen que el plan de estudios para capacitar a maestros incluye los siguientes componentes:

“A) Percepción de los maestros acerca del uso de alcohol, tabaco y otras drogas; B) Marco de trabajo teórico de la prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas; C) Papel que los maestros dentro de la prevención del uso de sustancias; D) Marco de trabajo del desarrollo de la adolescencia; E) Desarrollo de habilidades para la vida: autoestima, comunicación, solución de conflictos, toma de decisiones, control del estrés y la ansiedad, pensamiento crítico, especialmente la comprensión de los mensajes de los medios de comunicación, resistencia a la presión de los pares”(p. 42).

La capacitación del maestro está a cargo de una red de apoyo de coordinadores educativos dispuestos para cada distrito para dar seguimiento y capacitación a los maestros, este entrenamiento toma aproximadamente una semana y se enfoca en entrenar a los consejeros escolares. Los métodos involucrados en la adquisición de habilidades incluyen “el aprendizaje cooperativo, el apoyo de los pares, las oportunidades de ensayo continuas, la retroalimentación exacta, la crítica constructiva y modelado de las habilidades por otros pares y adultos (Mangrulkar et al., 2001 p. 30).

Algunos de los posibles métodos de adquisición de habilidades, muchos de los cuales no son actividades escandalosas ni bulliciosas, incluyen: juegos de rol, análisis de situación, trabajo en grupo pequeño, debates, ensayo de uno a uno, mapeo de decisiones o árbol de problemas, análisis de contenido literario, ejercicios de relajación y formación de confianza y juegos” (Mangrulkar et al., 2001 p. 30).

En la actualidad, los conceptos básicos de la prevención se encuentran sometidos a escrutinio con el objetivo de facilitar su adaptación al contexto sociocultural actual, en el que las drogodependencias y adicciones son entendidas como un problema social y multifactorial directamente relacionados a situaciones como el desfavorecimiento social, y cuyo abordaje requiere de intervenciones integrales y a la vez personalizadas (Mangrulkar et al., 2001).

III. Planteamiento Del Problema

El uso de sustancias psicoactivas ha acompañado a la humanidad desde épocas remotas y en diferentes culturas. La síntesis y consumo de alcohol, de las hojas de coca, hongos y plantas alucinógenas, bien sea con orígenes de tipo rituales, analgésicos o medicinales, develan la relación con las actividades implicadas en el consumo de drogas en las que el hombre se ha visto envuelto a lo largo de su historia (Becoña et al. 2010).

Hay pruebas evidentes del consumo de alcohol en los períodos del Paleolítico y Neolítico, se ha encontrado también escritos griegos acerca de su consumo de drogas. Con respecto al Cannabis, existen evidencias de consumo de ésta desde los 4.000 a 3.000 años a.C. en China. El tabaco en combinación con hongos fue utilizado como sustancia alucinatoria por chamanes de comunidades de Sudamérica desde 1.000 a 500 años a.C (Calafat, 2006; Correa, 2007; Gabantxo, 2001).

El opio fue introducido en China y la India por los árabes entre los años 600-700 d.C., con fines medicinales. Se conoce del consumo de hojas de coca en el Imperio Inca entre 1.200-1.553 d.C., lo que permite hablar de la existencia de distintos tipos de consumo en edades muy tempranas de la historia y que ha variado de acuerdo a cada cultura (Calafat, 2006; Correa, 2007; Gabantxo, 2001).

En la actualidad, el consumo adquiere características particulares. Se suman a las drogas históricamente populares los derivados químicos, se diversifican sus tipos, emergiendo sustancias como la heroína, la cocaína, las drogas de diseño o el LSD, estas sustancias se cultivan, procesan, transportan y consumen en forma masiva (Becoña et al. 2010; Salazar, 2006; UNODC, 2014).

Este consumo genera niveles de sufrimiento que alcanzan tanto a individuos, familias y comunidades, lo que produce consecuencias a corto y a largo plazo, socavando el desarrollo económico, promoviendo la delincuencia y la propagación de enfermedades como el Virus de Insuficiencia Humano (VIH), por lo que se convierte en un problema de gran interés social (Becoña et al. 2010; Salazar, 2006; UNODC, 2014).

De acuerdo a estimaciones de La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), para el año 2012, el número total de consumidores en el mundo se calculó entre 162 y 324 millones de personas, con un número de consumidores habituales

de entre 16 a 39 millones, cifras que pueden ser aún mayores considerando los casos no reportados. Estos datos sobre el consumo de drogas se vinculan con la muerte de aproximadamente 183 mil personas ese mismo año y con la transmisión de enfermedades, se estima que entre los consumidores de drogas por inyección más de la mitad están infectados por hepatitis C y más de un 20% en regiones de Asia y Europa portan el virus del VIH (UNODC, 2014).

En Venezuela, para el año 2011, La Oficina Nacional Antidrogas (ONA), en su emisión más reciente, estimó un total de 270.096 personas que mantuvieron patrones de consumo regular de drogas ilícitas, lo que representa el 1,28% de la población entre 12 y 65 años. De este consumo, se encontró que la droga ilícita más consumida fue la marihuana, estimándose que 229.336 personas de entre 12 y 65 años mantuvieron patrones de consumo, de las cuales 136.045 muestran dependencia a la droga. Otras 72.131 personas mantuvieron patrones regulares de consumo de cocaína y 51.506 se evaluaron como dependientes (ONA, s/f).

Si bien la ONA y la UNODC revelan niveles significativos de personas consumidoras de drogas con respecto al total de la población, la UNODC equipara esta problemática a la de violencia y propagación de enfermedades, mientras que en Venezuela el problema va ligado a la delincuencia, teniendo como una particularidad importante el inicio de la edad de consumo cada vez menor (ONA, s/f; UNODC, 2014).

De acuerdo a otros datos de la ONA, basándose en entrevistas realizadas a 5.131 personas que recibieron atención en El Sistema Nacional de Tratamiento de Adicciones (SNTA) durante el 2011, las drogas más consumidas fueron cocaína, crack y marihuana, respectivamente. Además, reportaron que los pacientes que ingresaban tenían una edad promedio de 29 años y que atendieron pacientes entre 9 años de edad y mayores de 66, con una edad promedio de inicio de consumo de 15 años, encontrándose en algunos casos edades de inicio tan tempranas como a los 8 años (ONA, s/f).

Estos datos muestran la amplitud de la problemática, la cual tiene alcances individuales y sociales. Al enfocarse en el individuo con la dependencia, debe considerarse las consecuencias del consumo evaluándolas a corto, mediano y largo plazo; algunas consecuencias son: una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón o

enfermedades cardiovasculares para fumadores, desarrollar enfermedades hepáticas o sufrir accidentes automovilísticos para bebedores de alcohol o morir por otras enfermedades relacionadas con el abuso de sustancias psicoactivas (Becoña y Martín, 2004; Oblitas, 2009).

Actualmente, se tiene un amplio conocimiento acerca de las secuelas del consumo de sustancias adictivas en el rendimiento cognoscitivo, emocional, motivacional y de relaciones interpersonales como relaciones familiares y personales conflictivas y baja autoestima. Las sustancias psicoactivas, además, tienen implicaciones significativas para el sistema nervioso central, especialmente para el cerebro, afectando funciones cognoscitivas y ejecutivas del consumidor tales como: atención, memoria de trabajo, procesamiento de la información, entre otras, aun cuando no se haya establecido todavía la dependencia (Gutiérrez, De Irala y Martínez, 2006).

En este sentido, una línea de investigación que ha tomado relevancia en torno a estas consecuencias del consumo es el estudio sobre los déficits neuropsicológicos en personas con dependencia a sustancias, puesto que surgen importantes variables inmersas en la explicación de la evolución del individuo y en su rehabilitación (Bausela y Martínez, 2008).

Algunos de estos déficits neuropsicológicos que han sido investigados con más empeño en los últimos años, vinculan la adicción a alteraciones en el lóbulo frontal y sus conexiones y, por tanto, a las funciones ejecutivas, las cuales se asientan principalmente sobre los soportes anatómo-funcionales de éste, debido a su relación con aspectos fundamentales en la adicción, tales como el deseo compulsivo de consumir (*craving*) o las recaídas (Verdejo y Pérez-García, 2005; Rojo, Pedrero, Ruiz, Llanero, Olivar y Puerta, 2009).

Por su parte, la importancia de tomar en cuenta dentro de los déficits neuropsicológicos las funciones ejecutivas radica en que estas habilidades son especialmente importantes para la conducta adaptativa en situaciones de la vida cotidiana como el control de impulsos, la capacidad de cambiar de manera flexible entre diferentes tareas, la manipulación y actualización de información mantenida en línea en la memoria de trabajo o el manejo del estrés que tienden a variar y a hacerse más complejas, es decir,

son habilidades cruciales para un desarrollo adaptativo socialmente (Verdejo y Bechara, 2010).

Estas funciones ejecutivas se desempeñan como un mecanismo de integración entre distintas capacidades cognoscitivas (como atención o memoria), permitiendo que las cogniciones y emociones del pasado sean recuperadas para encontrar la mejor solución a una situación nueva (Verdejo y Bechara, 2010).

Un estudio realizado en distintas comunidades terapéuticas españolas encontró una elevada prevalencia de deterioro neuropsicológico a nivel de funciones ejecutivas: entre un 68 a 70% de los sujetos consumidores presentaban un deterioro global de las funciones ejecutivas, siendo el componente más afectado la memoria de trabajo, seguida de la fluidez, la flexibilidad cognitiva, la planificación, la multitarea y la interferencia respectivamente (Fernández, 2013).

Otras investigaciones han evaluado en drogodependientes los déficits en las funciones ejecutivas principalmente en las áreas de memoria de trabajo, razonamiento y fluidez (Fernández, 2010, Moreno, 2010), control inhibitorio (Fernández, 2010; Gómez, 2006; Moreno, 2010), flexibilidad cognitiva (Fernández, 2010; Gómez, 2006; Moreno, 2010), toma de decisiones (Fernández, 2010; Gómez, 2006; Moreno, 2010) y planificación (Gómez, 2006).

Estas funciones ejecutivas resultan de fundamental importancia para la reinserción del individuo a la sociedad, sin embargo, no es un elemento único el implicado en este proceso, pues la vida social depende de múltiples interacciones entre el organismo y su entorno de naturaleza compleja, es por ello que muchos modelos teóricos vinculan los déficits en funciones ejecutivas con la regulación de emociones en personas adictas (Fernández, 2013).

Un modelo que toma en cuenta la importancia de este manejo emocional y añade, por su parte, habilidades socio-cognoscitivas que permiten a la persona afrontar problemas de la vida diaria, funcionando a su vez como elemento clave para el desarrollo de las personas en la sociedad es el de habilidades para la vida, por ello, es común el entrenamiento en estas habilidades como programas de prevención primaria de drogas (Mangrulkar et al. 2001).

Estas habilidades para la vida son definidas por la UNICEF, tomando en cuenta la iniciativa “Life Skills in Schools” (“Habilidades para la Vida en las Escuelas”) de la OMS como aquellas habilidades que permiten un comportamiento positivo y adaptativo para hacer frente a las exigencias y desafíos de la vida cotidiana de una manera efectiva (UNICEF, 2004).

El estudio de estas habilidades alcanza una trayectoria de investigación a nivel mundial que cuenta con aproximadamente 30 años de estudio. Sin embargo, su desarrollo va más dirigido hacia el ámbito práctico que teórico. Se presentan programas en áreas como la educación, habilidades sociales y prevención de problemas específicos relacionados con hábitos de vida saludables desde el ámbito de promoción de la salud y son utilizados frecuentemente como prevención en el área de drogodependencias enfocados al trabajo con niños y adolescentes (Melero, 2010; Mangrulkar et al.2001; Mantilla, 2001).

La revisión documental, realizada por las autoras de la presente investigación, no devela investigaciones que vinculen funciones ejecutivas y habilidades para la vida en drogodependientes hasta la fecha, es por ello que se recurrió a instituciones dedicadas al estudio y/o tratamiento en rehabilitación y prevención de drogodependencia en Venezuela, específicamente a la División Prevención de Drogas – CICPC, Oficina Nacional Antidrogas ONA, Post grado en drogodependencia de la Universidad Simón Rodríguez, Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (IDENA) Anzoátegui y Fundación José Félix Ribas, contactándose con expertos en el área en cuestión, a quienes se les entrevistó acerca de la relevancia de la investigación.

Los expertos reportaron desconocer estudios en Venezuela o en el extranjero que vinculen funciones ejecutivas y habilidades para la vida. Sin embargo, afirman que a nivel práctico es común el abordaje de estas variables a nivel preventivo y/o de rehabilitación.

Asimismo, recomendaron correlacionar funciones ejecutivas: planificación, secuenciación, atención, categorización, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, razonamiento lógico y abstracto, solución de problemas,

coordinación visomotora, relaciones espaciales y seriación, con las habilidades para la vida: habilidades sociales, cuidado personal, autoestima, toma de decisiones, tolerancia y habilidades para la vida diaria, estas recomendaciones fueron hechas en base a que se ha visto en la experiencia que estas habilidades se encuentran en deterioro en este tipo de población.

Así, algunos de los beneficios que pudiera proporcionar la investigación se enumeran a continuación:

- Aportar una base teórica con la cual delimitar si intervenciones combinadas de fortalecimiento en funciones ejecutivas y habilidades para la vida pueden ser eficaces para la prevención del consumo.
- Generar un cuerpo de conocimientos que permita crear programas eficaces de rehabilitación con un mayor control de recaídas y mayores niveles de reinserción social.
- Generar investigaciones que determinen si el déficit en funciones ejecutivas y habilidades para la vida pudieran ser factores de riesgo ante el consumo.
- Generar nuevas investigaciones que puedan profundizar acerca de las funciones cognoscitivas y cómo se interrelacionan con otras variables comportamentales en la adicción.
- Incrementar el interés de las instituciones de atención al drogodependiente en el país a realizar investigaciones relacionando variables cognoscitivas y conductuales.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, es de vital importancia un estudio que vincule estas variables en la población con dependencia a drogas, por lo cual, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en un grupo de 34 drogodependientes de sexo masculino con edades comprendidas entre diecinueve (19) y setenta y dos (72) años en tratamiento ambulatorio en la Fundación José Félix Ribas?

IV. Objetivos

Objetivo General

Evaluar la relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes de sexo masculino en tratamiento ambulatorio en la Fundación José Félix Ribas.

Objetivos Específicos

- Derivar las necesidades de la investigación e instrumentos de medición en el área de las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos.
- Describir el desempeño de las funciones ejecutivas de un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas.
- Identificar el nivel de habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas.
- Determinar la relación entre el desempeño de las funciones ejecutivas y el nivel de habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas.

V. Marco Metodológico y Resultados

La presente investigación supuso la implementación de dos etapas, a saber: *Etapa Preparatoria* y *Etapa de Trabajo de Campo*. De las cuales, la primera etapa contó con dos fases para su realización. En la figura 8 se presenta un diagrama resumen de las etapas y fases que conforman la investigación.

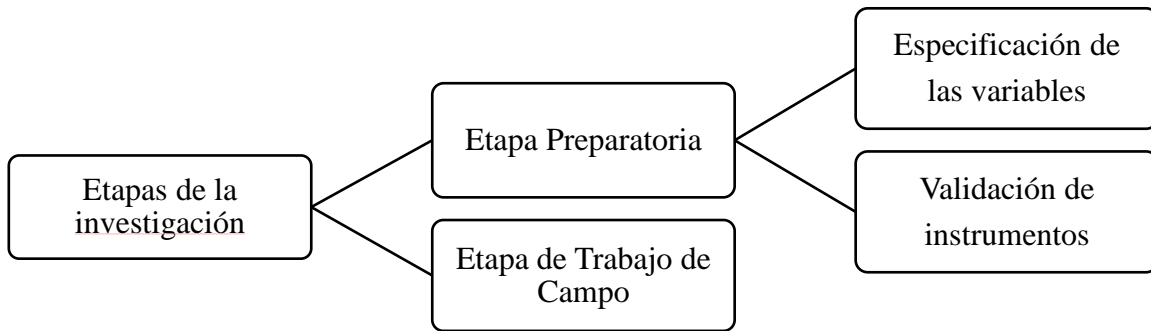


Figura 8. Resumen de las etapas y fases de la investigación.

Seguidamente, se presenta una descripción tanto de la Etapa Preparatoria, sus fases y la Etapa de trabajo de campo

Etapa Preparatoria

Inmediatamente en la tabla 8 se presenta en un cuadro resumen de las fases y objetivos que conforman la Etapa Preparatoria.

Tabla 8.

Resumen de las fases correspondientes a la Etapa Preparatoria.

Fase	Objetivos
Fase 1. <i>Especificación de las variables</i>	Especificar las Funciones Ejecutivas y las Habilidades para la Vida deterioradas en drogodependientes venezolanos.
Fase 2. <i>Validación de instrumentos</i>	Validar la utilización del instrumento “Habilidades para la Vida” para la muestra de estudio.

Fase 1. Especificación de las variables.

Objetivo.

Especificar las Funciones Ejecutivas y las Habilidades para la Vida deterioradas en drogodependientes venezolanos

Participantes.

La muestra de expertos está compuesta por un grupo de diez (10) profesionales, de los cuales ocho (8) son psicólogos y uno (1) es psiquiatra, con un promedio de 13 años de experiencia en instituciones dedicadas al estudio y/o rehabilitación y prevención de drogodependencia en Venezuela, y un (1) neuropsicólogo con experiencia en el campo de evaluación, investigación, docencia y tratamiento psiconeurológico de distintos cuadros clínicos.

El grupo fue seleccionado mediante un muestreo de tipo no probabilístico-discrecional que, según Silva (2006), depende de un proceso de toma de decisiones en cuanto a consideraciones prácticas, de acuerdo a lo que los sujetos pueden aportar al estudio, con lo cual se establece la significatividad en la elección de participantes. Seguidamente, en la tabla 9 se exponen datos relevantes de cada uno de los expertos.

Tabla 9.

Lista de expertos, Fase I: Especificación de las variables.

Experto	Profesión	Lugar de trabajo
1	Psicólogo	Oficina Nacional Antidrogas (ONA).
2	Psicólogo	División Prevención de Drogas del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC).
3	Psicólogo	División Prevención de Drogas del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC).
4	Psicólogo	Post Grado en Drogodependencia de la Universidad Simón Rodríguez.
5	Psicólogo	Fundación José Félix Ribas.
6	Psicólogo	Departamento de Neuropsicología del Hospital El Clínico Universitario de Caracas.
7	Psicólogo	Ministerio del Poder Popular de la Salud.

Tabla 9 (continuación)

Lista de expertos, Fase I: Especificación de las variables.

Experto	Profesión	Lugar de trabajo
8	Psiquiatra	Unidad de Trastornos Adictivos Fundación Humana; y Unidad de Psicología Fundación Parque Social Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).
9	Psicólogo	Oficina Nacional Antidrogas (ONA).
10	Psicólogo	Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (IDENA) Anzoátegui.

Materiales e instrumentos.

Enseguida, se dará cuenta de los materiales y de los instrumentos empleados con los expertos.

Materiales.

- Una caja de lápices
- 3 Borradores
- 3 Sacapuntas
- 10 Protocolos del instrumento: “Cuestionario para conocer las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos” (Ver Apéndice A).

Instrumentos.

- **“Cuestionario para conocer las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos”**, éste consta de 20 reactivos, de los cuales los ítems del uno al cuarto (1-4) pertenecen a la dimensión de “estatus actual de la investigación en relación a las FE y HV” y tienen como objetivo conocer el estado actual de la investigación relacionada a las FE y HV en la drogodependencia, éstos fueron redactados de forma abierta de manera que los expertos pudieran dar tantas respuestas como consideraran. Por su parte, los reactivos del 5 al 5.4.3 pertenecen a la dimensión: “FE” y tiene como finalidad recabar información concerniente al manejo del experto en

el área de funciones ejecutivas, incluyendo investigaciones actuales nacionales e internacionales, instrumentos de medición utilizados y funciones más afectadas por el consumo de drogas, además, de su estatus nacional en términos de investigación tratamiento, evaluación y docencia. Asimismo, los ítems del 6 al 6.4.3 pertenecen a la dimensión: “HV” y cumplen los mismos objetivos de la dimensión FE, sin embargo dirigidos a la variable HV.

Procedimiento.

Considerando el vacío de investigaciones en el área, se diseñó una entrevista estructurada denominada “*Cuestionario para conocer las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos*” que permitiera obtener información de las FE y HV más afectadas en la población de drogodependientes venezolanos y, por ende, especificar las que serían evaluadas en la investigación.

De forma paralela, se elaboró una lista de las instituciones encargadas del estudio y/o tratamiento de la drogodependencia en Venezuela a fin de contactarse con los expertos en el área que estuviesen dispuestos a responder el instrumento.

Posteriormente, se concretó una cita con cada uno de estos expertos en sus sitios de trabajo con la finalidad de explicar los objetivos de la investigación y de la entrevista. Una vez los expertos aceptaron colaborar con el estudio se fijó la fecha de reunión con cada uno de ellos.

Ya obtenida la información de cada uno de los expertos, se procedió al procesamiento de los datos donde se estableció, a partir de la factibilidad para el estudio, qué FE y HV se relacionarían y con qué instrumentos se evaluarían en la población objeto de estudio, las cuales fueron recomendadas por los expertos del Hospital Clínico Universitario de Caracas. Por último, se acordó una cita con dichos expertos para el entrenamiento en los instrumentos seleccionados para la medición de las variables a relacionar.

Resultados de Fase 1. Especificación de las variables.

Mediante la entrevista estructurada denominada “*Cuestionario para conocer las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos*”, se evaluó las FE y HV más viables para trabajar en la población de estudio además de los instrumentos más pertinentes utilizar.

Los resultados que se muestran en cada tabla, corresponden a categorías obtenidas a partir de las respuestas de los expertos ordenadas desde la que se reporta con mayor coincidencia hasta la respuesta menos frecuente.

En relación con la pregunta *¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual en población adicta?*, la mayoría de las respuestas (44%) estuvo concentrada en las área de investigación epidemiológica y de patología dual, mientras que un total de 33% de las respuestas agrupan estudios de evaluación y creación de programas de intervención, investigación neuropsicológica y de “nuevas” drogas. Finalmente, con una minoría (24%) de las respuestas concentran las categorías de estudios de adicciones comportamentales, cesación tabáquica, conducta auto-lesiva y trastornos de adicción en personas con consumo de sustancias.

De acuerdo con estos resultados, la investigación psicológica en drogodependencias en Venezuela es reducida y enfocada en temas específicos. Los expertos argumentan que en el país no se realizan suficientes investigaciones en esta población, con pocos campos de interés o insuficientes en cada uno de estos campos para cumplir las necesidades teóricas y prácticas. Estos resultados se presentan en la tabla 10.

Tabla 10.

¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual en población adicta?	Investigación epidemiológica	4	22%
	Patología dual	4	22%
	Programas de intervención	2	11%

Tabla 10 (continuación).

¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual en población adicta?	Investigación neuropsicológica	2	11%
	Nuevas drogas	2	11%
	Adicciones comportamentales	1	6%
	Cesación tabáquica	1	6%
	Conducta auto-lesiva (cutter)	1	6%
	Trastornos de alimentación	1	6%
<i>Total de respuestas</i>		<i>18</i>	<i>100%</i>

En cuanto a la pregunta *¿En qué temas o líneas de investigación ha trabajado para esta población?*, un 90% de los expertos consultados reportó tener líneas de investigación para población de personas con adicciones.

Se puede observar en la tabla 11 que el tema con mayor porcentaje de respuestas (26,32%) fue el de estudios acerca de la personalidad y su relación con los trastornos de dependencia, le sigue con un 15,79% la investigación en conducta de adicción y con 10,53% los estudios psiconeurológicos.

Por último, casi la mitad de las respuestas (47,34%) se agrupan en categorías no comunes en cuanto a investigaciones de: a) adicciones comportamentales; b) cesación tabáquica; c) entrenamiento a personal; d) epidemiología de consumo; e) estilos de crianza y adicción; f) estudio de recaídas; g) habilidades sociales; h) prevención de trastornos adictivos y i) relación entre sexualidad y dependencia.

De acuerdo a estos resultados, la proporción de investigaciones de los expertos no corresponde con la de estudios que se llevan a cabo en Venezuela, sin embargo, algunos de los ámbitos de investigación reportados más comúnmente en el país como investigaciones epidemiológicas, neuropsicológicas y programas de intervención tienen al menos un representante en la muestra de expertos.

Tabla 11.

¿En qué líneas de investigación ha trabajado?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>¿En qué temas o líneas de investigación ha trabajado para esta población?</i>	Personalidad y dependencia	5	26,32%
	Conducta de adicción	3	15,79%
	Psiconeurología	2	10,53%
	Adicciones comportamentales	1	5,26%
	Cesación tabáquica	1	5,26%
	Entrenamiento a personal	1	5,26%
	Epidemiología	1	5,26%
	Estilos de crianza y adicción	1	5,26%
	Estudio de recaídas	1	5,26%
	Habilidades sociales	1	5,26%
	Prevención de trastornos adictivos	1	5,26%
	Sexualidad y dependencia a drogas	1	5,26%
	<i>Total de respuestas</i>	<i>19</i>	<i>100%</i>

Por su parte, al preguntar a los expertos *¿Conoce usted estudios anteriores que relacionaran funciones ejecutivas y habilidades para la vida en Venezuela o en el extranjero?* La totalidad de los expertos (100%) respondieron de manera negativa al ítem, lo que sugiere la inexistencia o desconocimiento técnico de investigaciones que relacionen de forma directa estas variables, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Asimismo, al preguntar *¿Qué funciones ejecutivas y habilidades para la vida relacionaría en población drogodependiente?* Un 40% de los expertos encuestados respondieron al reactivo, los profesionales que no contestaron expusieron su desconocimiento acerca de posibles relaciones entre ambos constructos.

En la tabla 12, se puede observar que las *funciones ejecutivas* reportadas con mayor frecuencia fueron planificación y secuenciación acumulando un 20% de las respuestas, seguidas de atención, categorización, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, razonamiento lógico y abstracto con un 7% cada una y

por último las funciones de coordinación visomotora, relaciones espaciales y seriación, que acumularon entre ellas un 9%.

Entre las *habilidades para la vida* mencionadas, las habilidades sociales acumularon un 7%, le siguieron habilidades que no coincidieron en las respuestas de los expertos como cuidado personal, autoestima, toma de decisiones, tolerancia y habilidades para la vida diaria que agruparon un 15% total de respuestas. Es importante señalar que los expertos enumeraron funciones ejecutivas y habilidades para la vida de forma independiente, sin sugerir relaciones entre éstas.

Tabla 12.

¿Qué FE y HV relacionaría en población drogodependiente?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Qué funciones	FUNCIONES EJECUTIVAS		
ejecutivas y	Planificación	3	10%
habilidades para la	Secuenciación	3	10%
vida relacionaría en	Atención	2	7%
población drogo-	Categorización	2	7%
dependiente?	Control de impulsos	2	7%
	Flexibilidad cognitiva	2	7%
	Memoria de trabajo	2	7%
	Razonamiento lógico y abstracto	2	7%
	Solución de problemas	2	7%
	Coordinación visomotora	1	3%
	Relaciones espaciales	1	3%
	Seriación	1	3%
	HABILIDADES PARA LA VIDA		
	Habilidades sociales	2	7%
	Cuidado personal	1	3%
	Autoestima	1	3%
	Toma de decisiones	1	3%
	Tolerancia	1	3%

Tabla 12 (continuación).

¿Qué FE y HV relacionaría en población drogodependiente?

<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Habilidades para la vida diaria	1	3%
<i>Total de respuestas</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Ante la pregunta, *¿Conoce usted acerca de las funciones ejecutivas?*, un 90% de los expertos contestaron de forma afirmativa al reactivo, lo que sugiere que la mayoría de los expertos admiten poseer algún conocimiento acerca de las funciones ejecutivas.

Seguidamente, ante la pregunta *¿Cuáles funciones ejecutivas considera fundamentales para el estudio de la adicción? ¿Cuáles se ven más afectadas en población adicta?* se observa en la tabla 13, que las FE más reportadas fueron control de impulso/inhibición de respuesta y memoria de trabajo acumulando un 41,18% entre ambas, seguidas de atención (14,71%), todas las funciones (11,76%), planificación (8,82%), las categorías de conducta lingüística enmarcada en normas sociales, secuenciación y sensibilidad a la interferencia con 2% cada una y por último coordinación visomotora y regulación emocional que agruparon entre ambas 5,58% de respuestas.

Tabla 13.

¿Cuáles funciones ejecutivas se ven más afectadas en la población adicta?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>¿Cuáles funciones ejecutivas considera fundamentales para el estudio de la adicción?</i>	Control de impulsos	7	20,59%
	Memoria de trabajo	7	20,59%
<i>¿Cuáles se ven más afectadas en la población adicta?</i>	Atención	5	14,71%
	Todas	4	11,76%
	Planificación	3	8,82%
	Normas y conducta lingüística	2	5,88%
	Secuenciación	2	5,88%

Tabla 13 (continuación)

¿Cuáles funciones ejecutivas se ven más afectadas en la población adicta?

<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sensibilidad a la interferencia	2	5,88%
Coordinación visomotora	1	2,94%
Regulación emocional	1	2,94%
<i>Total de respuestas</i>	<i>34</i>	<i>100%</i>

Los resultados de esta pregunta comparados con *¿Qué funciones ejecutivas y habilidades para la vida relacionaría en la población drogodependiente?* muestran elementos comunes; en este sentido, fueron mencionadas en ambos apartados las siguientes funciones ejecutivas: a) atención; b) control de impulsos; c) coordinación visomotora; d) memoria de trabajo; e) planificación y f) secuenciación. Por lo tanto, existe una consistencia entre los expertos de las funciones ejecutivas significativas para la población.

En la pregunta *¿Cómo pueden medirse estas funciones ejecutivas? ¿Qué instrumentos de medición conoce?* los resultados de la tabla 14 muestran que la prueba más reportada fue test de palabras y colores Stroop considerado como un instrumento pertinente para la evaluación de funciones ejecutivas con 21,05% de respuestas, seguida por el test de clasificación de tarjetas Wisconsin con 15,79%, las pruebas de Torre de Hanoi y la escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-III con 7,89% cada una, la evaluación cognitiva Cognistat, el test de la Figura Compleja de Rey y el test de recorrido/Trail Making Test (TMT) con 5,26% cada una.

Los instrumentos menos reportados se presentan como *pruebas varias* en la tabla 16, acumulando un 31,58% de respuestas. Estos instrumentos fueron: a) el test de palabras controladas (APC); b) el cuestionario de Síndrome disejecutivo BADS; c) el test Barcelona (TBR); d) el examen de anticipación visual de Brixton; e) la batería neuropsicológica de Halstead-Reitan; f) el INECO Frontal Screening (IFS); g) la prueba de Iowa de habilidades base (ITBS); h) las Matrices Progresivas de Raven; i) el test de categorización; j) el test de flexibilidad cognitiva de cambio; k) el test de símbolos y dígitos (SDMT) y l) el test del dibujo del reloj (TDR).

Tabla 14.

¿Con qué instrumentos se pueden medir las funciones ejecutivas?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Cómo pueden medir estas funciones ejecutivas? ¿Qué instrumentos de medición conoce?	Pruebas varias	12	31,58%
	Test de Stroop	8	21,05%
	Wisconsin	6	15,79%
	Torre de Hanoi	3	7,89%
	WAIS-III	3	7,89%
	Cognistat	2	5,26%
	Figura Compleja de Rey	2	5,26%
	Test del recorrido	2	5,26%
<i>Total de respuestas</i>		<i>26</i>	<i>100%</i>

Referente a la pregunta *¿Ha trabajado en alguna línea de investigación? Especifique*, un 50% de los expertos contestaron afirmativamente y mencionaron sus áreas de estudio que se muestran en la tabla 15. El área más reportada fue la elaboración de perfiles psiconeurológicos con 43% de respuestas, seguida de, epidemiología del consumo con 29% y normalización de pruebas y psicodiagnóstico con prueba Rorschach con 14% cada una.

Como se mencionó, un 50% de los expertos reporta no trabajar en una línea de investigación concreta, confirmando la necesidad de fomentar la investigación en el área.

Tabla 15.

¿Ha trabajado en alguna línea de investigación? Especifique

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Ha trabajado en alguna línea de investigación? Especifique	Perfiles psiconeurológicos	3	43%
	Epidemiología del consumo	2	29%
	Normalización de pruebas	1	14%
	Psicodiagnóstico de Rorschach	1	14%
<i>Total de respuestas</i>		<i>7</i>	<i>100%</i>

Por su parte, en la pregunta *¿En su centro han trabajado con funciones ejecutivas?*, el 50% de los expertos reporta haber trabajado con funciones ejecutivas en la institución en que labora actualmente. Estos datos sugieren que en estas instituciones que son vitales para el tratamiento de dependencias en el país, no se le da prioridad a las FE como elemento clave para el proceso terapéutico.

En relación a la interrogante *¿Con cuáles funciones han trabajado?* se muestra en la tabla 16 la frecuencia de respuestas obtenidas: las más mencionadas fueron control de impulsos y planificación con tres menciones cada una, para un total acumulado de 42% de las respuestas, les sigue en frecuencia la atención ejecutiva (14%) y con 7% cada una las pruebas: a) coordinación visomotora; b) fluidez verbal; c) fluidez mental; d) memoria; e) regulación emocional y f) todas las funciones ejecutivas en general.

A pesar de que mitad de los expertos (50%) afirmó que en su centro han trabajado con la variable funciones ejecutivas, según la pregunta *¿Ha trabajado en alguna línea de investigación?*, tres señalaron (30%) no estar trabajando en ninguna investigación actualmente, lo que corrobora la necesidad de impulsar el trabajo investigativo en Venezuela.

Tabla 16.

¿Cuáles funciones ejecutivas han trabajado?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>¿Con cuáles funciones ejecutivas han trabajado?</i>	Control de impulsos	3	21%
	Planificación	3	21%
	Atención ejecutiva	2	14%
	Coordinación visomotora	1	7%
	Fluidez mental	1	7%
	Fluidez verbal	1	7%
	Memoria	1	7%
	Regulación emocional	1	7%
	Todas	1	7%
<i>Total de respuestas</i>		<i>14</i>	<i>100%</i>

La pregunta *¿En qué área o áreas han trabajado? ¿Docencia, evaluación, investigación y/o tratamiento? ¿Cómo realizan estos procesos?* fue contestada por 50% de los expertos consultados.

Los resultados mostrados en la tabla 17, reflejan los campos de acción más comunes que fueron los de evaluación y tratamiento mencionados por todos los expertos que contestaron al ítem y que acumulan un 66% de las respuestas. Le siguen a estas labores, las de investigación (20%) y docencia (13%).

De acuerdo a esto, todos los expertos que refirieron trabajar en sus instituciones con funciones ejecutivas lo hicieron desde una perspectiva asistencial, haciendo evaluación y tratamiento y en algunos casos, realizando también un trabajo de investigación y/o docencia.

Tabla 17.

¿En qué áreas ha trabajado?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>¿Docencia, evaluación, investigación y/o tratamiento?</i>	Evaluación	5	33%
	Tratamiento	5	33%
	Investigación	3	20%
	Docencia	2	13%
<i>Total de respuestas</i>		19	100%

Tomando en consideración el reactivo *¿Qué resultados han obtenido en su institución con respecto a las funciones ejecutivas?*, se encontró que los resultados reportados por los distintos profesionales no coincidieron en categorías comunes. Algunos de los resultados obtenidos dentro del campo del tratamiento fueron: mejoras en la fluidez mental, fluidez fonética y semántica, en la atención activa y selectiva, el seguimiento de instrucciones, la regulación emocional y a nivel cognoscitivo general. Se mencionó también resultados en el campo de investigación como la elaboración de perfiles de daño frontal en pacientes.

En la categoría de habilidades para la vida, se inició con la pregunta *¿Conoce usted acerca de las habilidades para la vida?*, al respecto, un 80% de los expertos refiere tener conocimiento acerca del tema, con lo cual la mayoría de los expertos consultados tienen conocimiento de las habilidades para la vida.

En la pregunta *¿Cuáles habilidades para la vida considera fundamentales para el estudio y tratamiento de la adicción? ¿Cuáles se suelen encontrar en déficit?*, se obtuvo un 80% de respuestas de los expertos consultados que se muestran en la tabla 18.

La respuesta de mayor frecuencia fue comunicación asertiva como una HV fundamental para el estudio y tratamiento de la adicción con un 17% de las respuestas, seguida por las habilidades sociales y el proyecto de vida con 13% cada una, y con 8% cada una: a) autoconocimiento y la autoestima; b) las diez habilidades para la vida definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); c) manejo de emociones y d) toma de decisiones.

Las respuestas de menor frecuencia fueron: a) el cuidado personal; b) la empatía; c) el manejo de conflictos; d) el pensamiento crítico; e) las relaciones interpersonales y f) la tolerancia, con 4% de respuestas cada una.

Entre lo encontrado de la consulta con los expertos resalta que se obtuvo 8% de respuestas que definían como HV fundamentales todas las del modelo de la OMS, y que además de las HV mencionadas, casi todas encuentran un paralelismo con las de la OMS, algunas de estas habilidades comunes son la comunicación asertiva, la empatía, el autoconocimiento, relaciones interpersonales, la toma de decisiones, pensamiento crítico y el manejo emocional. Sin embargo, los expertos mencionan otras habilidades tales como el proyecto de vida y las habilidades sociales en general, que no son descritas en esos términos en el modelo.

Tabla 18.

¿Qué HV se suelen encontrar en déficit?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
¿Cuáles habilidades para la vida considera fundamentales para el estudio y tratamiento de la adicción? ¿Cuáles se suelen encontrar en déficit?	Comunicación asertiva	4	17%
	Habilidades sociales	3	13%
	Proyecto de vida	3	13%
	Autoconocimiento y autoestima	2	8%
	Las de la OMS	2	8%
	Manejo de emociones	2	8%
	Toma de decisiones	2	8%
	Cuidado personal	1	4%
	Empatía	1	4%
	Manejo de conflictos	1	4%
	Pensamiento crítico	1	4%
	Relaciones interpersonales	1	4%
	Tolerancia	1	4%
<i>Total de respuestas</i>		<i>24</i>	<i>100%</i>

Ante la interrogante *¿Cómo pueden medir estas habilidades para la vida? ¿Qué instrumentos de medición conoce?* se obtuvo que 80% de los expertos consultados, refieren no tener conocimiento de instrumentos que midan estas habilidades y que 20% de ellos reportan que deben medirse mediante instrumentos indirectos que evalúen dimensiones de las habilidades por separado. Algunos de los instrumentos indirectos mencionados fueron cuestionarios de habilidades sociales, pruebas de autoestima, de motivación al logro y el perfil de Nowak.

Los expertos refirieron que, generalmente, no se utilizan instrumentos de medición que incluyan todas las dimensiones de las HV, sino que dependiendo de lo que se quiera evaluar se utilizan pruebas específicas para el área que se busque.

Por su parte, interrogar si *¿Ha trabajado en alguna línea de investigación? Especifique*, arrojó que 90% de los expertos reporta no haber trabajado en alguna línea de investigación relativa a las HV.

El experto que reportó haber trabajado con HV, señaló que lo hacía como prevención de adicciones y de violencia. Algunas investigaciones en las que ha apoyado son: a) relación entre publicidad y alcoholismo en adolescentes mediado por las habilidades para la vida de éstos y b) educación en habilidades para la vida en preescolares y docentes.

Relativo a la interrogante *¿En su centro han hecho trabajo con habilidades para la vida?*, 80% de los expertos encuestados reportan trabajar en sus centros con la misma mientras que el 20% restante contesta en forma negativa.

En la tabla 19 se muestran las respuestas a la pregunta *¿Con cuáles habilidades han trabajado?*, que arrojaron con mayor frecuencia la categoría de manejo de emociones y solución de problemas con un 17% de las respuestas cada una, seguidas de comunicación asertiva con 13%, las HV de la OMS, proyecto de vida y relaciones interpersonales con 9% cada una y por último criterios como el autoconocimiento, la empatía, las habilidades sociales, el manejo de conflictos, el pensamiento crítico y la respiración y la relajación con 4% cada una.

Estos resultados indican que los expertos trabajan en sus centros con muchas de las HV descritas por la OMS, lo que coincide con sus reportes de las habilidades fundamentales para el estudio de la adicción en una pregunta anterior.

Tabla 19.

¿Con cuáles HV han trabajado?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>¿Con cuáles habilidades para la vida han trabajado?</i>	Manejo de emociones	4	17%
	Solución de problemas	4	17%
	Comunicación asertiva	3	13%
	Las de la OMS	2	9%
	Proyecto de vida	2	9%
	Relaciones interpersonales	2	9%
	Autoconocimiento	1	4%
	Empatía	1	4%
	Habilidades sociales	1	4%

Tabla 19 (continuación).

¿Con cuáles HV han trabajado?

<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Manejo de conflictos	1	4%
Pensamiento crítico	1	4%
Respiración y relajación	1	4%
<i>Total de respuestas</i>	<i>23</i>	<i>100%</i>

En cuanto a la pregunta *¿En qué área han trabajado? ¿Docencia, evaluación, investigación y/o tratamiento? ¿Cómo los realizan?*, la respuesta con mayor frecuencia señala al trabajo de intervención o tratamiento con un valor de 58% de las respuestas, seguida por el trabajo de evaluación (17%) y por último labores de docencia, investigación y prevención con un porcentaje acumulado de 24% de las respuestas, tal y como se muestra en la tabla 20.

De acuerdo a esto, la mayoría de los profesionales que reportan trabajar en sus centros con HV lo hacen desde una perspectiva de intervención, aun cuando no se reporte una evaluación previa en la mayoría de los casos.

Tabla 20.

¿En qué áreas han trabajado?

	<i>Categorías de respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>¿En qué área o áreas han trabajado?</i>	Tratamiento	7	58%
	Evaluación	2	17%
<i>¿Docencia, evaluación, investigación y/o tratamiento?</i>	Docencia	1	8%
	Investigación	1	8%
	Tratamiento preventivo	1	8%
	<i>Total de respuestas</i>	<i>12</i>	<i>100%</i>

Referente a la pregunta *¿Qué resultados han obtenido en su institución con respecto a las habilidades para la vida?*, 70% de los expertos consideraron una

evolución favorable del caso clínico, 10% mencionó la prevención del consumo y 20% se abstuvo de responder al ítem, como se apreciar en la tabla 21.

Tabla 21.

¿Qué resultados han obtenido con HV?

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Válido	Evolución favorable	7	70,0%
	Prevención	1	10,0%
	No responde	2	20,0%
<i>Total de expertos</i>		<i>10</i>	<i>100,0%</i>

Se puede derivar, a partir de los resultados arrojados por la muestra de expertos en el área de drogodependencias que la investigación en Venezuela acerca del consumo es reducida y enfocada a unos pocos temas, a saber: epidemiología, patología dual, evaluación psiconeurológica, entre otras, viéndose que las áreas más trabajadas en la actualidad están asociadas a estudios de la personalidad o de la conducta de adicción, sin que haya representantes entre los expertos de investigación en HV.

Del mismo modo a pesar de no conocer estudios que hayan relacionado FE y HV en el pasado, ni en Venezuela ni en el extranjero, los expertos afirman que puede haber una asociación entre ambas, siendo pertinente y relevante la realización de investigaciones que busquen la relación y las asocien en programas de intervención para población drogodependiente, sin embargo no señalaron ninguna posible correlación específica

Con respecto a las *funciones ejecutivas*, se ha trabajado especialmente en las áreas de evaluación y tratamiento considerando que todas las funciones ejecutivas son relevantes para el estudio en esta población en especial atención, control de impulsos, coordinación visomotora, memoria de trabajo, planificación, secuenciación y regulación emocional.

Para la medición de estas funciones recomendaron en mayor frecuencia el test de Stroop, sin embargo, se destacó la opinión del profesional de la Unidad de

Neuropsicología del Hospital Universitario de Caracas, quien posee conocimientos especializados en torno a la evaluación de FE, y siguiendo criterios de adecuación, relevancia y factibilidad para la investigación, seleccionó el INECO Frontal Screening y las funciones que evalúa, como el instrumento de medición más pertinente.

Por su parte, en cuanto a las *habilidades para la vida*, los expertos consultados se han enfocado principalmente en el tratamiento, siendo las habilidades expuestas por la OMS las más pertinentes a ser consideradas para el estudio en esta población, sin encontrarse mediante la consulta a expertos algún instrumento que evaluara de forma directa las HV. Debido a esto, la elección final del instrumento se hizo luego de una exhaustiva revisión documental, escogiendo uno construido con jóvenes Colombianos, lo cual requirió de la fase posterior de validación del instrumento por expertos, que contempló la fase 2 de la primera etapa de la investigación.

Fase 2. Validación de instrumentos.

Objetivo.

Validar la utilización del instrumento “Habilidades para la Vida” para la muestra de estudio.

Participantes.

El grupo de expertos está compuesto por tres (3) profesionales, entre los cuales se cuentan: un (1) psicólogo especializado en psicometría y dos (2) psicólogos con experiencia en programas de habilidades para la vida, con un mínimo de experiencia en el área de 3 años en su área. Esta fase se llevó a cabo en los lugares de trabajo de cada uno de los expertos. El grupo fue seleccionado mediante un muestreo de tipo no probabilístico-discrecional, de acuerdo a Silva (2006).

Seguidamente, se presenta la tabla 22 donde se exponen datos relevantes de cada uno de los expertos.

Tabla 22.

Lista de expertos Fase II, Validación de instrumentos

Experto	Profesión
1	Psicólogo (especialista en psicometría)
3	Psicólogo (experiencia en programas de habilidades para la vida)
4	Psicólogo (experiencia en programas de habilidades para la vida)

Materiales e instrumentos.

A continuación, se dará cuenta de los materiales y de los instrumentos empleados con los expertos.

Materiales.

- *5 protocolos del instrumento: “Cuestionario de validación por expertos del instrumento de HV” (Ver Apéndice B).*

Instrumentos.

- **“Cuestionario de validación por expertos del instrumento de HV”,** diseñado por las autoras de la investigación, el cual presenta los ochenta (80) reactivos del “Instrumento de Habilidades para la Vida” con apartados destinados a evaluar: redacción y pertinencia de cada uno de los ítems.

Procedimiento.

Se realizó la búsqueda de los instrumentos para la medición de habilidades para la vida, en donde se encontró uno con las consideraciones dadas por los expertos (*Test de Habilidades para la vida*), sin embargo, el mismo era de origen colombiano, por lo que se elaboró un cuestionario de validación con expertos en las áreas de psicología y habilidades para la vida con el fin de evaluar el contenido de los ítems de la prueba, su pertinencia y adecuación en la muestra de estudio, esta validación se limitó a ser con expertos debido a factores de tiempo.

Al mismo tiempo, por medio de la colaboración de los expertos consultados en la fase de Especificación de las variables, se elaboró una lista de profesionales que tuvieran conocimientos relacionados a las habilidades para la vida, a fin de ponerse en contacto con estos y solicitar su evaluación en cuanto a la pertinencia del instrumento de HV en la muestra de estudio.

Posteriormente se concretó una cita con cada uno de estos expertos en sus sitios de trabajo con la finalidad de explicar los objetivos de la investigación y del cuestionario. Una vez los expertos aceptaron colaborar con la presente investigación, se fijó la fecha en la cual se recogerían los cuestionarios. Finalmente, las modificaciones y recomendaciones propuestas por los expertos se realizaron en el instrumento de Habilidades para la Vida.

Resultados fase 2. Validación de los instrumentos.

Mediante el “*Cuestionario de validación por expertos del instrumento de HV*” se evaluó las instrucciones, ítems y el test global de habilidades para la vida. Los ítems fueron valorados en términos de redacción, pertinencia, objetividad, adecuación e inteligibilidad, resultando que cada ítem cumplió con estos criterios, con una coincidencia del 100%, por lo cual fueron seleccionados sin cambios. Las instrucciones, por su parte, fueron evaluadas en términos de adecuación e inteligibilidad, y valoradas positivamente en un 100% de los casos. Finalmente, la prueba fue evaluada en términos de validez y adecuación a la población que obtuvo 100% de valoraciones positivas para estos criterios.

Se tomó la decisión de trabajar con ese instrumento debido a que los ítems, las instrucciones y toda la prueba resultaron factibles y adecuados para ser utilizados en la investigación. Los resultados descritos se muestran en la tabla 23.

Tabla 23.

Cuestionario de Habilidades para la Vida (n=3)

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
<i>Evaluación de ítems</i>	Bien redactados	3	3/3	100%
	Pertinentes	3	3/3	100%
	Objetivos	3	3/3	100%
	Adecuados	3	3/3	100%
	Comprensibles	3	3/3	100%
<i>Evaluación de instrucciones</i>	Comprensibles	3	3/3	100%
	Adecuadas	3	3/3	100%
<i>Evaluación de la prueba</i>	Válida	3	3/3	100%
	Se adecuaba a la población	3	3/3	100%

Etapa de trabajo de campo

Objetivo.

Determinar la relación entre el desempeño de las funciones ejecutivas y el nivel de habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas.

Muestra.

La muestra está compuesta por un grupo de treinta y cuatro (34) pacientes (ciudadanos) drogodependientes del sexo masculino, con edades comprendidas entre diecinueve (19) y setenta y dos (72) años, que cumplen tratamiento ambulatorio en centros de rehabilitación CEPAI (Centro Especializado de Prevención y Atención Integral) de la Fundación José Félix Ribas que comprende 3 fases de tratamiento a saber: 1) *Adaptación y desintoxicación*, que garantiza la desintoxicación, deshabitación y adaptación al centro ; 2) *reconocimiento*, que fomenta la adquisición de la conciencia de enfermedad y se entrena en habilidades para la vida y 3); *fortalecimiento* de las herramientas adquiridas (*Ver Apéndice C: especificaciones de la muestra*).

El grupo fue seleccionado mediante un muestreo de tipo no probabilístico o intencional debido a las características particulares de la población, a saber: tiempo

variable de permanencia en la institución debido a la alta tasa de abandono de tratamiento, la propia condición de adicción, entre otras, así como la accesibilidad a la misma, que según Silva (2006) este tipo de muestreo depende del proceso de toma de decisiones, y de consideraciones prácticas. Una de estas consideraciones prácticas es la disponibilidad de las personas a colaborar, y la escogencia de parte de las autoridades de las instituciones de rehabilitación. En el proceso de selección se consideraron aspectos de inclusión tales como:

- Haber culminado el período de desintoxicación.
- Encontrarse en fase ambulatoria.
- Encontrarse bajo control médico.
- Edad comprendida entre diecinueve (19) y setenta y dos (72) años
- Estar de acuerdo en participar en el estudio.
- Ser del sexo masculino.
- Presentar conductas asertivas (no agresivas) hacia los investigadores.
- Pertenecer a la comunidad de tratamiento de la Fundación José Félix Ribas.

Materiales e instrumentos.

Seguidamente, se dará cuenta de los materiales y de los instrumentos empleados con la muestra de estudio.

Materiales.

- Una caja de lápices
- 34 lapiceros
- 34 consentimiento informado (*Ver Apéndice D*)
- 9 Formatos de INECO (*Ver Apéndice E*).
- 34 hojas de respuestas del INECO Frontal Screening (*Ver Apéndice F*).
- 34 copias del instrumento de *Habilidades para la vida* (*Ver Apéndice G*)
- 35 copias del cuestionario de entrevista clínica (*Ver Apéndice H*).

Instrumentos.

- ***IFS. INECO Frontal Screening:*** prueba diseñada originalmente en Argentina por Torralva et al., (2009) para discriminar deterioros en la función ejecutiva en pacientes con demencia. Este instrumento mide tres categorías de funciones ejecutivas: inhibición y alternancia, abstracción y memoria de trabajo, con indicadores y subindicadores, sumando 8 subtests o ítems, con un rango de puntaje total que oscila entre 0 a 30 puntos. En la publicación original, la prueba mostró considerable consistencia interna, con un alfa de Cronbach=0,8, considerable validez convergente correlacionando significativamente con pruebas como fluencia verbal fonológica, WSCT y TrailMaking Test B y sensible en el diagnóstico clínico.
- ***Test de Habilidades para la vida:*** Instrumento creado por Díaz, Rosero, Melo y Aponte (2013), para la medición del nivel de desarrollo de las diez (10) habilidades para la vida propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), validado originalmente con 100 jóvenes de 15 a 25 años, de ambos sexos, en la comunidad de Chía en Colombia y validado posteriormente con expertos en la presente investigación. El test evalúa 10 dimensiones, con 4 indicadores por dimensión y 2 ítems por indicador, lo que corresponde a 8 ítems por dimensión para un total de 80 ítems con direccionalidad positiva y negativa y una escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca). La prueba cuenta con evidencias de validez sustentadas en la revisión de contenido, validación por expertos y análisis estadísticos a través de correlaciones bivariadas. En el análisis de confiabilidad se encontró una de las dimensiones por encima del 80%, una en 79%, una en 75%, 5 entre el 61 y el 68% y 2 entre 49 y 58% (Díaz et al., 2013).
- ***Cuestionario de entrevista Clínica:*** instrumento diseñado para su uso en la presente investigación por las autoras de la misma. Está estructurado en áreas: datos básicos, área de consumo, área social/familiar/laboral y área de salud. Este instrumento tiene como finalidad el recabar información concerniente a las particularidades de la muestra, es decir, tiempo de consumo, drogas consumidas y preferidas, fase de tratamiento, cantidad de tratamientos anteriores, entre otros.

Sistema De Variables.

Inmediatamente se presenta en la tabla 24 un cuadro resumen de las variables de estudio y sus respectivas dimensiones.

Tabla 24.

Especificaciones de las variables de estudio y sus dimensiones

Variables	Dimensiones
Funciones Ejecutivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inhibición y Alternancia. 2. Memoria de Trabajo. 3. Conceptualización y Abstracción.
Habilidades para la Vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de sí mismo. 2. Empatía. 3. Comunicación efectiva o asertiva. 4. Relaciones interpersonales. 5. Toma de decisiones. 6. Solución de problemas y conflictos. 7. Pensamiento creativo. 8. Pensamiento crítico. 9. Manejo de sentimientos y emociones 10. Manejo de las tensiones y estrés.

A continuación se especificaran las definiciones constitutivas y operacionales de las variables del presente estudio y sus dimensiones.

Variable predictora.

Funciones Ejecutivas.

Definición constitutiva: Miyake et al. (2000) las definen como: (1) alternancia (shifting), referida a la capacidad de cambiar de manera flexible entre diferentes tareas, operaciones o esquemas mentales; (2) control inhibitorio, que consiste en la capacidad para inhibir de manera deliberada respuestas dominantes, preponderantes o automáticas

cuando es requerido; y (3) actualización (updating), que implica la manipulación y actualización de información mantenida en línea en la memoria de trabajo (p. 51).

Definición operacional y/o de medida:

Las funciones ejecutivas equivalen a la ejecución en la prueba INECO Frontal Screening; la cual consta de 8 ítems de los cuales, el reactivo 1, 2, 3 y 8 corresponden a *inhibición y alternancia* y se basan en ejercicios motores y verbales. Los ítems 4; 5 y 6 corresponden a *memoria de trabajo* y consisten en ejercicios verbales y motores y el reactivo 7 corresponde a *conceptualización y abstracción* el cual es un ejercicio verbal. Estas dimensiones tiene un puntaje total de 15, 12 y 3 respectivamente siendo las puntuaciones por reactivo de cero (0), hasta dos (2), tres (3) o seis (6) según cada uno, asimismo las calificaciones de la misma van de 0 a 30 puntos siendo, 0 el puntaje más bajo, refiriendo un deterioro significativo de las FE y 30 el puntaje más alto indicando ausencia de deterioro.

Variable predicha.

Habilidades para la vida.

Definición constitutiva: Según Montoya y Muñoz (2009) son definidas por la OMS (1993) como “aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud, que tienen como finalidad permitir que la persona enfrente de manera efectiva las demandas y desafíos de la vida diaria mediante comportamientos positivos y adaptativos” (p. 3).

Las diez habilidades para la vida, de acuerdo a Melero (2010) son:

- *Conocimiento de sí mismo:* “Reconocimiento de nuestra personalidad, características, idiosincrasia, fortalezas, debilidades, aspiraciones, expectativas”.
- *Empatía:* “Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y desde esa posición captar sus sentimientos”.
- *Comunicación efectiva o asertiva:* “Habilidad para expresarse de manera apropiada al contexto relacional y social en el que se vive”.

- *Relaciones interpersonales*: “Competencia para interactuar positivamente con las demás personas”.
- *Toma de decisiones*: “Capacidad para construir racionalmente las decisiones cotidianas de nuestra vida”.
- *Solución de problemas y conflictos*: “Destreza para afrontar constructivamente las exigencias de la vida cotidiana”.
- *Pensamiento creativo*: “Utilización de los procesos de procesamiento para buscar respuestas innovadoras a los diversos desafíos vitales”.
- *Pensamiento crítico*: “Capacidad para analizar con objetividad experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos”.
- *Manejo de sentimientos y emociones*: “Reconocimiento y gestión positiva de nuestro mundo emocional”.
- *Manejo de las tensiones y estrés*: “Capacidad para reconocer nuestras fuentes de tensión y actuar positivamente para su control”.

(p.14).

Definición operacional y/o de medida.

Las habilidades para la vida equivalen a las respuestas de los sujetos a una escala de tipo Likert que va de 1 a 5 puntos, con 5 opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca); la prueba está compuesta por 80 ítems, los cuales son afirmaciones de las que el participante deberá reportar su grado de acuerdo con las mismas, ésta fue creada por Díaz et al. (2013) para medir la variable “*habilidades para la vida*”. Las calificaciones de este test varían de forma cuantitativa siendo la puntuación más baja 80 y la más alta 400 puntos.

Tipo de Investigación.

La presente investigación de acuerdo a Kerlinger y Lee (2002) es de corte no experimental debido a que el experimentador no ejerce control sobre las variables a estudiar, esto implica según Hernández, Fernández y Baptista (2006 p. 148) que no se realizan variaciones o manipulaciones intencionales de las variables, sino la observación del fenómeno tal y como se presenta para su posterior análisis.

Asimismo, Hernández et al. (2003, 2006) clasifican las investigaciones en exploratorias, descriptivas, correlaciones y explicativas de acuerdo al nivel de aproximación de la investigación al fenómeno o evento estudiado.

De acuerdo esta clasificación, la presente investigación es de tipo correlacional, ya que su fin último es identificar relación entre dos variables, en este caso Funciones Ejecutivas (FE) y Habilidades Para la Vida (HV) en drogodependientes. Este tipo de investigación posee, aunque de forma parcial, un valor explicativo al proporcionar información sobre si dos conceptos o variables se relacionan o no (Hernández et al., (2006).

Igualmente, según Arias (1999), la presente investigación se clasifica como un trabajo de campo, el cual “consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables alguna” (p. 94). En el caso de la presente investigación los datos se obtuvieron a través del contacto directo con una muestra de pacientes (ciudadanos) drogodependientes del sexo masculino.

Diseño de investigación.

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental de tipo transversal, el cual implica la realización de las observaciones en un momento único en el tiempo, según Hernández et al., (2006) este diseño permite describir y analizar la interrelación de las variables o constructos en un momento dado. De esta manera, el diseño implementado permitirá evaluar el grado de relación entre las variables entre las FE y HV en pacientes drogodependientes en un momento único del tiempo.

Procedimiento.

Teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, el cual es evaluar la relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en una muestra de 34 drogodependientes del sexo masculino con edades comprendidas entre diecinueve (19) y setenta y dos (72) años en tratamiento ambulatorio en los centros de tratamiento de la Fundación José Félix Ribas, se procede a dar cuenta del procedimiento de esta etapa.

Primeramente se hizo el contacto con las instituciones, con el fin de solicitar una entrevista con el personal encargado las mismas, en éstas se les dio la información

pertinente al proyecto (procedimientos, instrumentos y población requerida) y se solicitó el permiso para la aplicación. Una vez aceptado el proyecto en la institución Fundación José Félix Ribas se procedió a la visita en cada centro, donde se concretó los horarios de aplicación de los instrumentos por parte de las investigadoras.

Inicialmente, la aplicación de los instrumentos se realizó en dos (2) partes. La primera dirigida a la presentación de los participantes y evaluadoras, el establecimiento de rapport, la explicación de las implicaciones de la investigación, de la protección de la confidencialidad y la aplicación colectiva del instrumento de habilidades para la vida, con grupos de entre cinco (5) a ocho (8) personas.

La segunda parte estuvo dirigida a la aplicación individual de la prueba de funciones ejecutivas INECO Frontal Screening, con una duración aproximada de entre quince (15) a veinte (20) minutos por persona, ambos momentos de la aplicación de los instrumentos se realizaron el mismo día.

Este procedimiento se replicó en cada una de las instituciones seleccionadas, hasta concluir la cantidad prevista de personas evaluadas durante un tiempo aproximado de cinco (5) semanas. A continuación, se presenta la tabla 25 que resume la estructura de una sesión de evaluación.

Tabla 25.

Estructura de una sesión de evaluación.

Fase	Procedimiento
Fase de apertura (5min)	La sesión inicia con los ciudadanos facilitados por la institución en el salón de espera. Una vez las investigadoras se presentan con éstos, se comenta brevemente los objetivos de la sesión “pedimos su colaboración para la realización de una serie de pruebas de las cuales toda la información obtenida en las mismas es totalmente confidencial, ¿están de acuerdo en participar?”. Debido a que los participantes son distintos en cada sesión esta explicación se hace como parte del protocolo.

Tabla 25 (continuación).

Estructura de una sesión de evaluación.

Fase	Procedimiento
Fase aplicación colectiva (15min)	En esta fase se les da a cada uno de los participantes un lápiz, el consentimiento informado y el cuestionario de habilidades para la vida, seguidamente se les indica que lean en consentimiento informado y si están de acuerdo que firmen, una vez hayan firmado se les da las instrucciones para responder el cuestionario de habilidades para la vida recordándoles que no hay respuesta correctas o incorrectas y que las mismas son confidenciales, pidiéndoles que sean lo más sinceros posible.
Fase aplicación individual (20min)	Una vez vayan terminando cada participante el cuestionario de habilidades para la vida, se pasa uno a uno a un salón con una de las evaluadoras para la realización de la prueba individual: “ <i>IFS. INECO Frontal Screening</i> ”.
Fase de cierre (5min)	Una vez finalizadas la prueba individual se realiza una entrevista clínica con cada uno o de los participantes (<i>ver instrumentos</i>). Al terminar se agradece la colaboración, se despide y se llama al siguiente participante.

Nota: La estructura de las sesiones se mantuvo en todas aplicaciones.

Consideraciones Éticas.

Atendiendo al Código Profesional del Psicólogo y al Código de Bioética, se afirma que en la presente investigación, no se agredió o perjudicó a ningún participante, garantizando la confidencialidad de los mismos y siendo éstos libres de abandonar el procedimiento en cualquier momento, para la especificación de los artículos considerados (*Ver Apéndice I*).

Resultados de la Etapa de Trabajo De Campo.

Seguidamente, se muestran los resultados de correlación de las variables de estudio. Asimismo, se presenta análisis complementarios de las características particulares de la muestra tales como edad, fase de tratamiento, tiempo de consumo, entre otras, para establecer los posibles criterios de generalización de los resultados.

Funciones ejecutivas.

Los resultados correspondientes a las *funciones ejecutivas* en el grupo de estudio se muestran en la tabla 26; donde las FE globales presentan un intervalo en las puntuaciones que va de 6-27, con una media de (17,38) y una asimetría de (-0,490) lo que muestra que esta medida no fue sesgada por valores extremos. Asimismo con una desviación típica de (5,5885) y una curtosis de (-0,653) el grupo muestra una concentración en las puntuaciones individuales de los participantes en la prueba.

La dimensión *inhibición y alternancia* presento un intervalo en las puntuaciones de 3-14, con una media de (10,88) asociado a (-1,161) de asimetría, observándose así que esta medida se encuentra sesgada por valores extremos, siendo la mediana una mejor medida de interpretación, la cual tuvo un valor de (10,882). Presentando una desviación típica de (2,6942) y una curtosis de (1,225) se muestra que las puntuaciones se concentraron en puntajes bajos de manera homogénea.

Por su parte, *memoria de trabajo* presento un intervalo de 1-10, con una media de (5,176) y una asimetría de (0,311), mostrando que esta medida no se vio afectada por valores extremos, además, con una desviación típica de (2,599) y una curtosis de (-1,303) se observa que las puntuaciones se encontraron concentradas en los valores por debajo de la media.

Por último, la dimensión *conceptualización y abstracción* tuvo un intervalo de 0-5, con una media de (2,074) y una asimetría de (0,473) observándose la usencia de puntajes extremos. Conjuntamente con una desviación típica de (1,189) y una curtosis de (0,133) observándose así que los participantes tuvieron un comportamiento que se ajusta a la normal.

Estos resultados muestran que el grupo se comportó de manera variada con respecto a las distintas dimensiones, con diferencias importantes entre el rendimiento por función y por sujeto.

Tabla 26.

Estadísticos descriptivos para funciones ejecutivas (n=34).

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desv.		
					Típ.	Asimetría	Curtosis
Inhibición y Alternancia	3	14	10,882	12	2,6942	-1,161	1,225
Memoria de Trabajo	1	10	5,176	4	2,5992	,311	-1,303
Conceptualización y Abstracción	0	5	2,074	1,50	1,3491	,473	,133
FE	6	27	17,735	18,50	5,5885	-,490	-,653

Es de señalar que estos datos tienen escalas que varían por dimensión, por lo cual la comparación entre dimensiones se hace siguiendo una categorización en base a un criterio matemático, en el que los puntajes absolutos se dividen en 3 partes iguales, definiendo las categorías en términos de desempeño bajo, medio y alto, como se muestra en la tabla 27.

Tabla 27.

Resultados globales característicos

	<i>Frecuencia relativa del grupo</i>		
	Bajo	Medio	Alto
Inhibición y Alternancia	5,80%	32,35%	61,76%
Memoria de Trabajo	52,94%	35,29%	11,76%
Conceptualización y Abstracción	35,29%	26,47%	38,23%
<i>Funciones Ejecutivas</i>	14,70%	44,11%	41,17%

En la presente tabla se observa que el grupo tuvo un rendimiento variado en relaciones las dimensiones de las FE. Siendo así, las dimensiones con un rendimiento medio o alto entre los participantes *inhibición y alternancia* con un 61,76% de los participantes que puntuaron por encima de la media y las FE con un 44,11% de los

participantes que obtuvieron puntuaciones iguales a la media. Mostrando que estas dimensiones presentan un nivel de deterioro bajo en el grupo de estudio.

Por su parte, la dimensión que presentó el rendimiento más bajo por parte del grupo fue: *Memoria de trabajo* con un 52,94% de los participantes que puntuaron por debajo de la media observándose un deterioro importante en esta función.

Por último, la dimensión de *Conceptualización y abstracción* presento un rendimiento ajustado a la normal con un 35,29% de los participante en puntajes por debajo del a media, 26,47% con un puntajes iguales a esta y 38,23% con puntajes por encima de la misma.

En la figura 9, se muestra la representación gráfica de los datos descritos con las puntuaciones medias encadenadas, mostrando la variabilidad del grupo por función.

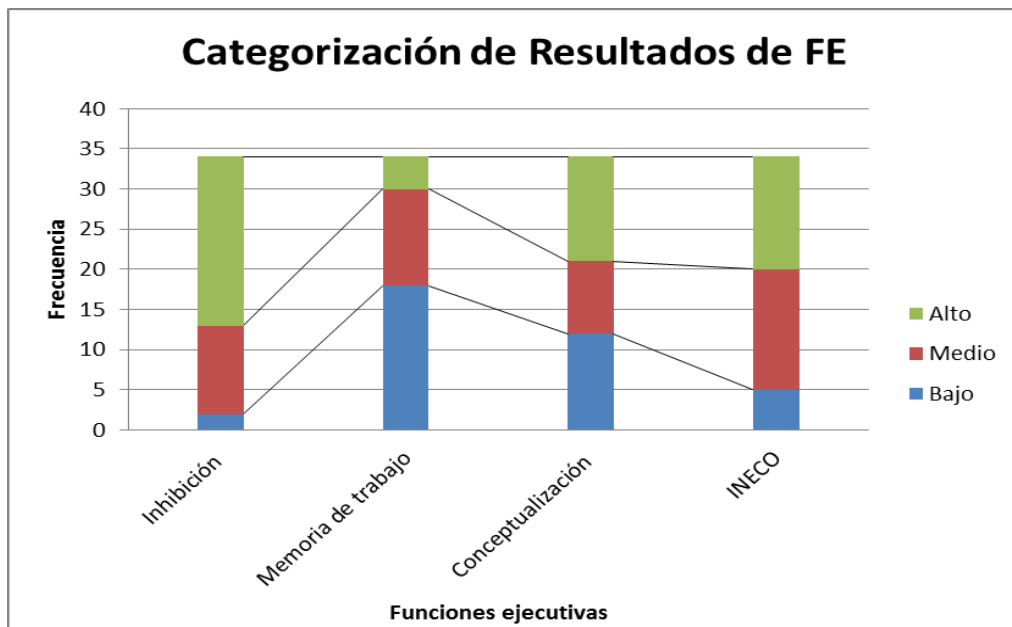


Figura 9. Representación gráfica del rendimiento grupal en Funciones Ejecutivas.

Habilidades para la vida.

En tabla 28, se observa que las *habilidades para la vida* presentan un intervalo en las puntuaciones de 218-347, con una media de (288,59) junto con una asimetría de (-,273), confirmando la ausencia de puntajes extremos en el grupo. Asimismo, con una desviación típica de (28,982) y una curtosis de (,133) se observa se ajustan a la media.

Para el caso particular de cada habilidad se observa que, *Conocimiento de sí mismo*, presentó un intervalo en las puntuaciones de 22-37, con una media de (30,94), una mediana de (14,118) y una asimetría de (-0,585), notándose que esta medida se encuentra sesgada por puntajes extremos, siendo la mediana un valor más apropiado para el análisis. En cuanto al nivel de dispersión se encontró con una desviación típica de (3,757) asociada a una curtosis de (-0,389) que los puntajes presentan poca dispersión con respecto a la media.

Empatía tuvo un intervalo de 18-39, con una media de (19,862) con una asimetría de (0,117), mostrando ausencia de sesgo por valores extremos. Por su parte se observó una desviación típica de (4,382) y una curtosis de (0,285), encontrándose que los participantes tuvieron un comportamiento que se ajusta a la normal.

En *Asertividad* presentó un intervalo en las puntuaciones de 18-34, con una media de (27,35) y asimetría de (-0,528), observándose así que esta medida se encuentra sesgada por valores extremos, siendo la mediana una mejor medida de interpretación, la cual tuvo un valor de (19,205). Asimismo se observó una desviación típica de (4,382) con una curtosis de (-0,495), que los puntajes se presentan dispersos con respecto a la media.

Relaciones interpersonales, presento un intervalo en las puntuaciones de 20-35, con una media de (28,82) y una asimetría de (-0,310), mostrando que esta medida no se encuentra sesgada por puntajes extremos. Asimismo, con una desviación típica de (3,966) y una curtosis de (-,286,) se observa que los participantes tuvieron un comportamiento que se ajusta a la normal.

Toma de decisiones, presento un intervalo en las puntuaciones de 17-35, una media de (28,35) una mediana de (17,750) y una asimetría de (-0,939), notándose que esta medida se encuentra sesgada por puntajes extremos, siendo la mediana un valor más apropiado para el análisis. En cuanto al nivel de dispersión se encontró con una desviación típica de (4,213) asociada a una curtosis de (0,502) la presencia de dispersión de los valores con respeto a la media.

Solución de problemas mostró intervalo de 15-38, con una media de (28,06) asociada a (-0,453) de asimetría, mostrando que esta medida no se encuentra influenciada

por valores extremos, igualmente, con una desviación típica de (4,235) y una curtosis de (2,126), se observa es los valores se encuentran altamente concentrados con respecto a la media.

Pensamiento Creativo presento un intervalo en las puntuaciones de 21-39 con una media de (29,24) y una asimetría de (,355) observándose ausencia de sesgos por valores extremos. Presentado una desviación típica de (4,787) con una curtosis de (-0,820), se muestra que las puntuaciones se encuentran concentrados en los valores menores con respecto a la media.

Pensamiento Crítico, con un intervalo de 16-39 obtuvo una media de (29,65) con una asimetría de (-0,310) para cada una, observándose que esta medida no se encuentra sesgada por valores extremos. Presentado una desviación típica de (6,045) con una curtosis de (-0,750), se muestra que las puntuaciones de los participantes presentan bajas concentraciones entre ellas.

Manejo de sentimientos, presento un intervalo de 24-37, con una media de (28,00) con una asimetría de (0,311), mostrando ausencia de valores extremos. Por su parte se observó una desviación típica de (4,533) asociado a una curtosis de (-,579) para cada una, encontrándose que para estas habilidades los participantes tuvieron un comportamiento que se ajusta a la normal.

Por último *Manejo de tensiones y estrés*, con un con intervalo de 24-37, con una media de (30,50) y una asimetría de (0,290), se observa ausencia de puntajes extremos, En cuanto al nivel de dispersión se encontró con una desviación típica de (3,048) asociada a una curtosis de (-0,116) que los participantes tuvieron un comportamiento que se ajusta a la normal.

Tabla 28.

Estadísticos descriptivos para habilidades para la vida (n=34)

	Mín	Máx	Media	Desv. típ.	Mediana	Asimetría	Curtosis
Conocimiento de si Mismo	22	37	30,94	3,757	14,118	-,585	-,389

Tabla 28 (continuación).

Estadísticos descriptivos para habilidades para la vida (n=34)

	Mín	Máx	Media	Desv.			
				típ.	Mediana	Asimetría	Curtosis
Empatía	18	39	27,68	4,457	19,862	,117	,285
Asertividad	18	34	27,35	4,382	19,205	-,528	-,495
Relaciones Interpersonales	20	35	28,82	3,966	15,725	-,310	-,286
Toma De Decisiones	17	35	28,35	4,213	17,750	-,939	,502
Solución De Problemas	15	38	28,06	4,235	17,936	-,453	2,126
Pensamiento Creativo	21	39	29,24	4,787	22,913	,355	-,820
Pensamiento Crítico	16	39	29,65	6,045	36,538	-,310	-,750
Manejo de Sentimientos	20	38	28,00	4,533	20,545	,311	-,579
Manejo de Tensiones y	24	37	30,50	3,048	9,288	,290	-,116
HV	218	347	288,59	28,982	839,947	-,273	,133

A fin de facilitar el análisis comparativo entre las variables habilidades para la vida y funciones ejecutivas se realizó una categorización en base a un criterio matemático, tal como en el caso de las funciones ejecutivas, dividiendo los puntajes absolutos en partes iguales, para las categorías de desempeño bajo, medio y alto, como se observa seguidamente en la tabla 29.

Tabla 29.

Categorías de desempeño en Habilidades para la Vida.

	Frecuencia relativa		
	Bajo	Medio	Alto
Conocimiento de sí mismo	0%	35,29%	64,70%
Empatía	2,94%	58,82%	38,23%
Asertividad	5,88%	58,82%	35,29%

Tabla 29 (continuación).

Categorías de desempeño en Habilidades para la Vida.

	Frecuencia relativa		
	Bajo	Medio	Alto
Relaciones Interpersonales	0%	61,76%	38,23%
Toma de decisiones	5,88%	38,23%	55,88%
Solución de problemas	2,94%	64,70%	32,35%
Pensamiento creativo	0%	58,82%	41,17%
Pensamiento crítico	2,94%	44,11%	52,94%
Manejo emocional	0%	64,70%	35,29%
Manejo tensiones	0%	38,23%	61,76%
<i>Habilidades para la Vida</i>	0%	58,82%	41,17%

En la presente tabla, se observa que para todas las dimensiones de las funciones ejecutivas el grupo mantuvo un rendimiento de medio a alto, siendo las habilidades de mejor desempeño: a) *Conocimiento de sí mismo* con 64,70% de participantes que puntuaron por encima de la media; b) *Toma de decisiones* con 55,88% de puntuaciones por encima de la media; c) *Pensamiento crítico* con 52,94% y *Manejo de tensiones* con 61,76% por encima de la media.

Por su parte, las habilidades: a) *Relaciones interpersonales* con un 61,76%; b) *Solución de problemas* con 64,70%; c) *Pensamiento creativo* con 58,82%; d) *Manejo emocional* 64,70%, y e) el puntaje general de *Habilidades para la vida* con un 58,82% presentaron puntuaciones iguales a la media.

De acuerdo a estos resultados, el nivel de habilidades para la vida en el grupo no presenta deterioros significativos, aún más, tomando en cuenta esta categorización sus niveles son óptimos.

Seguidamente, en la figura 10, se muestra de forma gráfica el comportamiento de la muestra, a partir de los datos descritos con las puntuaciones medias encadenadas, mostrando la variabilidad del grupo por habilidad.

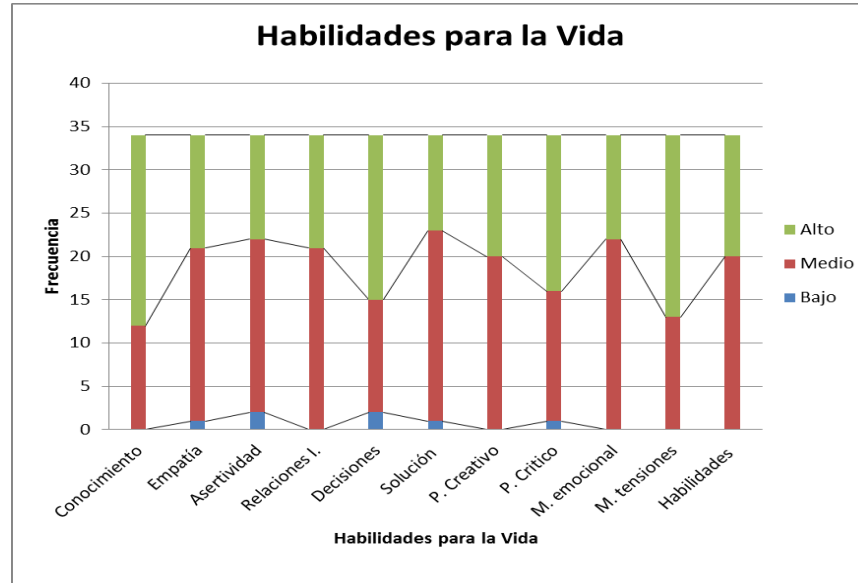


Figura 10. Representación gráfica del rendimiento grupal en habilidades para la vida

Correlación entre funciones ejecutivas y habilidades para la vida.

Las correlaciones tienen por objetivo evaluar la existencia de una relación entre habilidades para la vida y funciones ejecutivas, para ello, se trabajó con el *Coefficiente de Correlación de Spearman* como medida particularmente útil en el estudio de pruebas en donde el objetivo es evaluar el nivel de asociación entre variables en muestras, que por su naturaleza, no permitan usar estadísticos paramétricos. En la tabla 30, donde se reportan los estadísticos significativos de correlación entre las variables.

De esta manera, se encontraron las siguientes correlaciones: (a) control inhibitorio y asertividad con un valor de correlación y significación de ($Rho = ,463, p < .05$); (b) memoria de trabajo y solución de problemas con un valor y significación de ($Rho = ,375, p < .01$); (c) conceptualización y solución de problemas con ($Rho = ,366, p < .01$); (d) conceptualización y pensamiento creativo con ($Rho = ,346, p < .01$); (e) las funciones ejecutivas y asertividad con un valor y significación de ($Rho = ,372, p < .01$); (f) las funciones ejecutivas y solución de problemas con un puntaje de ($Rho = ,387, p < .01$); (g) y las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida con un valor de correlación y significación de ($Rho = ,364, p < .01$).

Estos resultados muestran correlaciones positivas y directamente proporcionales, siendo que los participantes que reportaron puntajes altos en HV fueron los mismo que

reportaron puntajes altos en FE, demostrando que relación o asociación existente entre estas variables o constructos.

Tabla 30.

Correlación de Spearman entre HV y FE. (n=34).

	Control inhibitorio	Memoria de trabajo	Conceptualización y abstracción	FE
Conocimiento de sí mismo	,302	,172	,242	-,038
Empatía	,187	,241	,071	-,044
Asertividad	,463**	,294	,318	,372*
Relaciones Interpersonales	,197	,114	,193	,205
Toma de decisiones	,259	,329	,282	,059
Solución de problemas	,281	,375*	,366*	,387*
Pensamiento creativo	,139	,234	,346*	,175
Pensamiento crítico	,230	,282	,209	,285
Manejo emocional	,197	,213	,214	,086
Manejo tensiones	,185	,058	,280	,097
<i>Habilidades para la Vida</i>	,107	,097	,251	,364*

*Nota: **.* La Correlación Es Significativa Al Nivel 0,01 (Bilateral).//

***. La Correlación Es Significativa Al Nivel 0,05 (Bilateral).

Otras relaciones.

Tomando datos de la entrevista clínica de los participantes, se calcularon correlaciones mediante estadístico de Spearman entre FE y HV con las siguientes variables: edad de inicio de consumo, edad actual, tiempo de consumo y meses en la institución, con la finalidad de evaluar la existencia de alguna relación entre estas variables. Los resultados se muestran en la tabla 31 donde se reportaran solo las correlaciones significativas.

Tabla 31.

Correlación de Spearman entre HV, FE y otras variables

	Edad	Edad de inicio	Tiempo de consumo	Centros anteriores	Meses en Institución
Conocimiento de sí mismo	-,189	-,013	-,125	,188	-,044
Empatía	,264	,252	,182	-,002	-,034
Comunicación asertiva	,134	,282	,111	-,059	-,236
Relaciones Interpersonales	,087	,344	,041	,200	-,080
Toma de decisiones	-,034	,094	,036	,056	-,072
Solución de problemas	,130	,214	,256	-,043	-,166
Pensamiento creativo	-,211	,454*	,009	-,091	-,167
Pensamiento crítico	-,133	,137	-,180	-,099	-,075
Manejo de sentimientos	,228	,389*	,249	-,130	,186
Manejo de tensiones	,226	,311	,076	,327	,335
<i>Habilidades para la vida</i>	,007	,324	,078	-,047	-,052
Inhibición y alternancia	-,223	-,226	-,200	-,051	-,154
Memoria de trabajo	-,150	-,271	,018	-,125	-,072
Conceptualización	,021	,156	,101	-,096	-,154
<i>Funciones ejecutivas</i>	-,242	-,286	-,102	-,152	-,117

Nota: *. La Correlación Es Significativa Al Nivel 0,01 (Bilateral).//

***. La Correlación Es Significativa Al Nivel 0,05 (Bilateral).

Puede apreciarse correlaciones directamente proporcionales, entre la edad de inicio de consumo y el pensamiento creativo con un valor de ($Rho = ,454, p < .01$), del mismo modo, la edad de inicio de consumo con el manejo de sentimientos, con un valor de correlación y significación de ($Rho = ,389, p < .01$). Por lo tanto, se espera que menor edad del comienzo del consumo, mayor sea el deterioro, teniendo así, una peor ejecución en pensamiento creativo y en el manejo emocional. Debido a la ausencia de una muestra representativa de participantes con mono-consumo en comparación con policonsumidores estas dimensiones no se tomaron en cuenta para el cálculo de correlaciones.

VI. Discusión y Conclusiones

El objetivo general de la investigación fue evaluar la relación entre las funciones ejecutivas (FE) y las habilidades para la vida (HV) en un grupo de drogodependientes, la cual resultó positiva y con correlaciones moderadas entre algunas de las dimensiones especificadas más adelante. Para la consecución de este objetivo, se realizaron procesos de investigación preliminares en los que se exploró acerca de los instrumentos y las dimensiones a contemplar para ambas variables, con lo que posteriormente, se hizo necesaria la validación del test de HV.

Para la selección de las dimensiones de ambas variables, se realizó una consulta a expertos, sin embargo, para el caso de las FE esto no fue suficiente para derivar las categorías que debían evaluarse debido a divergencias en las opiniones de los expertos, el solapamiento reportado con otras funciones cognitivas y la falta de adherencia a un modelo teórico estructurado. Es por ello, que se partió de modelos teóricos de FE de acuerdo a la adecuación y pertinencia para el estudio, además de la posibilidad de evaluarlo mediante instrumentos específicos.

Luego de escoger el modelo teórico de Miyake et al., (2000) se seleccionó el instrumento INECO Frontal Screening para la evaluación de las FE, debido a su utilidad diagnóstica y al cumplimiento de criterios teóricos como la inclusión de funciones básicas descritas con un alto nivel de coincidencia entre la literatura especializada y dimensiones que se comportan como entes con independencia parcial entre sí. El instrumento cumple además con criterios prácticos como una adecuada sensibilidad y especificidad, además de ser una prueba breve y económica (Inhen, 2012).

Para el caso de las HV, se tomaron todas las dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud, las cuales fueron reportadas por los expertos, además de que éstos mismos consideraran que el modelo de la OMS contemplaba todas las habilidades psicosociales resultantes para el trabajo con esta población. Sin embargo, la escogencia de una prueba pertinente para la medición de esta variable tuvo una mayor dificultad, debido al desconocimiento de los expertos de algún instrumento que evaluara estas habilidades, por ello, se seleccionó una prueba a partir de la revisión documental que cumplió criterios de confiabilidad entre el 60% al 80% (Díaz, et al., 2013), esta se

encontraba validada para una muestra de población colombiana, por lo que debió cumplir un proceso de validación con expertos llevado a cabo para el estudio.

Con respecto a esta validación es de señalar que la consulta con expertos fue insuficiente ya que a pesar de haber aprobado y validado su uso, se presentaron dificultades al llevarlo a la práctica, estas fueron manifestadas por los propios participantes al momento de responder al instrumento como la confusión ante ítems de doble negación o para entender el significado de algunas palabras. Esto pudo deberse a variables como el nivel académico de los participantes o a la necesidad de modificación de algunos reactivos cuyo lenguaje puede resultar confuso o complejo.

El cumplimiento de estas etapas preliminares permitió hacer el trabajo de campo en el que se obtuvo correlaciones moderadas entre diferentes dimensiones de las FE y las HV, además de resultados de desempeño para cada una de estas variables.

En primer lugar, los resultados de esta investigación indican que el grupo tiene un nivel de rendimiento medio en las FE, lo cual implica un grado de deterioro como medida global en estas funciones, con diferencias entre las dimensiones: a) en cuanto a *inhibición y alternancia* el grupo tuvo tendencia a calificar alto lo cual implica una adecuada capacidad de inhibir deliberadamente respuestas automáticas y de cambiar de manera flexible entre operaciones (Miyake et al., 2000); b) en *memoria de trabajo* hubo una tendencia baja lo que implica cierto compromiso para manipular y actualizar la información en la memoria operativa (Miyake et al., 2000) y c) en *conceptualización y abstracción* el grupo tuvo tendencias hacia los extremos, con subgrupos casi iguales en desempeño alto, bajo y medio lo cual indica que existen distintos niveles de deterioro en el grupo en cuanto a la capacidad de clasificar elementos en categorías abstractas (Alegría, 2005).

Estos resultados de las FE resultan contradictorios con la revisión literaria que describe deterioros globales y clínicamente significativos de estas funciones en caso de consumo de una variedad de sustancias diferentes y especialmente en casos de policonsumo (Verdejo, 2006; Di Sclafani, Tolou-Shams, Price & Fein, 2002; Goldstein et al., 2004, Noel et al., 2001), e incluso luego de seis meses de abstinencia (Di Sclafani et al., 2002; Fein, Klein & Finn, 2004), características compartidas por la mayoría de los participantes del estudio.

Estas contradicciones resultan especialmente significativas en el caso de la dimensión *inhibición y alternancia*, en la que los participantes tuvieron una tendencia a calificar alto, sin reportar deterioros significativos, resultado que es opuesto al encontrado por otros investigadores que observaron deterioros importantes en inhibición motora, atencional y en cambio o alternancia (Verdejo, 2006; Rogers & Robins, 2001) en consumidores de sustancias con distintos efectos sobre el SNC, como alcohol (Bjork, Homer, Grant & Danube, 2004, Errico, King, Lovallo & Parsons, 2002), estimulantes (Fiillmore & Rush, 2002, Monterosso, Aron, Cordova, Xu & London, 2005, Salo et al., 2002, Ornstein et al., 2000), cannabis (Bolla, Brown, Eldreth, Tate & Cadet, 2002), éxtasis (Verdejo, 2006), opiáceos (Mintzer & Stitzer, 2002., Verdejo et al., 2005, Lyvers & Yakimoff, 2003) y con especial afectación la cocaína (Jovanovsky, Erb & Zakzanis, 2005).

En relación a la *memoria de trabajo*, los participantes del estudio tuvieron en general, los resultados más bajos de las funciones ejecutivas en las que fueron evaluados, estos resultados coinciden con estudios previos que han observado deterioros significativos de esta función en consumidores de sustancias (Verdejo, 2006) como alcohol (Sullivan et al., 2000), cannabis (García et al., 2007), cocaína (Glodstein, 2004), opiáceos (Mintzer & Stitzer, 2002) y éxtasis (Gouzoulis, Thimm, Rezk, Hensen & Daumann, 2003, Wareig, Fiisk & Murphy, 2000).

Con respecto a la dimensión de *abstracción y conceptualización*, los resultados muestran una amplia dispersión en el grupo, lo que indica diferentes niveles de deterioro, que en algunos casos son consistentes con investigaciones previas como la de Roselly y Ardila (1996, en Verdejo et al., 2004), que encontraron en una muestra de sujetos cocainómanos y policonsumidores en abstinencia, los deterioros más significativos en abstracción y atención y que fueron los más significativos, luego de los daños en memoria de trabajo.

Otros estudios corroboran estos resultados de Roselly y Ardila, observando deterioros neuropsicológicos moderados pero significativos en varias funciones entre las que se señala la abstracción de manera relevante en consumidores de cocaína (Grant y Judd, 1976: O'Malley y Gawin, 1990; Volkow et al., 1988 en Verdejo et al., 2004), cannabis (Allen y Landis, 1998 en Verdejo et al., 2004), heroína (Hill y Mikhael, 1979 en

Verdejo et al., 2004) y otras sustancias consumidas de forma crónica (Rogers et al., 1999, en Verdejo et al., 2004).

En cuanto a las *habilidades para la vida*, el grupo evidenció en general niveles altos de estas destrezas en todas las dimensiones: conocimiento de sí mismo, empatía, comunicación efectiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de sentimientos y manejo de tensiones y estrés, lo cual señala un adecuado desarrollo de estas habilidades, lo que parece ser inconsistente con la tendencia de los estudios y teorización referente a estas destrezas. Esto puede deberse a las características particulares de la intervención de la que forman parte, la cual al ser de tipo ambulatorio, presenta una modalidad que contempla características como la posibilidad de trabajo, realizar actividades fuera del ámbito terapéutico y compartir en mayor medida con familiares.

Aunque no se hallaron investigaciones que evaluaran las HV en personas con un consumo ya establecido, es común encontrar literatura acerca de variables psicosociales como factores de riesgo o de protección ante el consumo, por ejemplo, entre los factores de protección se menciona la relación emocional estable con algún adulto significativo, un clima educativo abierto, redes sociales de apoyo, destrezas de comunicación, empatía, control de impulsos, pensamiento crítico, autoeficacia, autoestima y autoconcepto positivo, proactividad ante situaciones estresantes y significado de la propia vida, que disminuyen la probabilidad de que una persona se inicie en el consumo o que cree una dependencia (Cid-Monkín & Pedrao, 2011).

Por otra parte, entre las variables de riesgo se describen las interacciones conflictivas con los padres y familias (Guxens, Nebot; Ariza & Ochoa, 2007; Von Sydow, Lieb, Pfister, Hofler & Wittchen, 2002; MacGee, Williams, Poulton & Moffitt, 2000; Brook, Kessler & Cohen, 1999; Bailey & Hubbard, 1990), cambios de ánimo, depresión, ansiedad, agresividad temprana, poco autocontrol, búsqueda de atención, conducta disruptiva, escasas habilidades sociales, conflictos de identidad, baja autoestima e impulsividad (De la Villa, Rodríguez & Ovejero, 2010; Fleiz, Borges, Benjet & Medina, 2007; Medina, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván & Tapia, 1998; Moral, Rodríguez & Sirvent, 2006).

Tomando en cuenta ambos factores, de protección y de riesgo, se creó el modelo de habilidades para la vida de Botvin que ha demostrado disminuir los niveles de ingreso al consumo de jóvenes (Guxens et al., 2007). Debido a esto, es posible derivar que existe una mayor probabilidad de que personas que consuman drogas o que tengan una dependencia a ellas, tengan poco desarrolladas las habilidades para la vida y en cambio tengan muchas de las conductas que se conciben como factores de riesgo.

Además, los resultados obtenidos en estas habilidades para la vida resultan contradictorias con investigaciones que han descrito dificultades en la cognición y adaptación social como producto de deterioros en zonas del cerebro por el consumo prolongado de sustancias, como los lóbulos frontales que tienen influencia en la personalidad y cogniciones, además de vincularse con conductas socialmente inadecuadas, depresivas, irritabilidad, impulsividad y ausencia de autorregulación (Verdejo et al., 2002).

Estas contradicciones entre lo encontrado en el estudio y la revisión bibliográfica pudiera ser explicada por varias razones, en primer lugar, los participantes del estudio forman parte de un programa de rehabilitación en el que reciben entrenamiento en las HV, en segundo lugar, es posible que contestaran al instrumento siguiendo parámetros de discapacidad social, en tercer lugar, los resultados pudieran ser explicados por una baja especificidad del instrumento, dificultades en el lenguaje del mismo, o que los participantes no entendieran las preguntas debido a un bajo nivel académico y, en último lugar, a que los resultados se deban a la asignación de categorías siguiendo un criterio teórico tomando en cuenta los intervalos de puntuaciones posibles en el test, sin tomar en cuenta normas para la población venezolana consumidora y no consumidora.

Pasando a la relación entre FE y las HV, Los resultados encontrados en la prueba de correlación de Spearman, para muestras no paramétricas indican la existencia de una relación moderada entre distintas dimensiones y la calificación global de las FE y HV.

Las correlaciones obtenidas fueron: a) control inhibitorio y asertividad; b) memoria de trabajo y solución de problemas; c) conceptualización y solución de problemas, d) conceptualización y pensamiento creativo; e) funciones ejecutivas y asertividad; f) Funciones ejecutivas y solución de problemas y g) funciones ejecutivas y habilidades para la vida.

Con respecto a la relación entre el *control inhibitorio* y *asertividad*, los resultados encontrados en la investigación son consistentes con un estudio de Atenea, Mattew, Fulwiler y Gansler (2011, en Hurtado & Serna, 2012) que señala la existencia de una relación proporcional entre un bajo control inhibitorio atencional y el comportamiento agresivo como forma de conducta no asertiva, resultados parecidos al de Trianes, Blanca, Muñoz, García, García, Cardelle e Infante (2002) que han mostrado una relación directa entre puntuaciones de inhibición/impulsividad con autoevaluaciones de asertividad, sin embargo, esta inhibición parece referirse más a características conductuales que a las FE propiamente dichas.

La asociación entre *memoria de trabajo* y *solución de problemas* es concordante con lo presentado por Etchepareborda y Abad-Mas (2005) quienes exponen que la memoria de trabajo es necesaria para el mantenimiento de distintos niveles de objetivos en la solución de problemas y que las variaciones en las capacidades de memoria de trabajo se asocian a variaciones directamente proporcionales en la solución de problemas.

Así mismo ocurre en cuanto a la *conceptualización* y *pensamiento creativo*, relación que ha sido descrita por autores que definen la creatividad como un proceso complejo que requiere de elementos como fluidez mental, razonamiento, originalidad en la percepción, representación, abstracción y conceptualización (Cohen y Swerdlik, 2001; Sternberg y Lubart, 1997; Martínez-Llantada, 1998; Mitjans, 1997).

Esta misma *conceptualización* se ha relacionado también con *solución de problemas*, como un proceso metacognitivo básico para la resolución de situaciones novedosas, aun cuando requiera también de componentes como la autorregulación emocional y la motivación (Klimenko, 2008).

Relativo a la correlación entre *las FE* y *la asertividad*, este hallazgo resulta ser similar a la propuesta de Urrego (2009), quien afirma que la cognición social que engloba características de asertividad se relaciona con las funciones ejecutivas en tanto que forman parte de una amplia gama de conductas que dependen de la corteza prefrontal.

La relación entre *funciones ejecutivas* y *solución de problemas* encontrada en el estudio coincide con investigaciones previas que de acuerdo a Verdejo (2006) y Verdejo

et al., (2004), admiten una relación entre estas variables además de alteraciones consistentes en individuos drogodependientes.

Vale destacar que estos resultados obtenidos a partir de la muestra con la que se trabajó, están vinculados a las características psicológicas, biológicas y sociales de los participantes, por lo que en el trabajo de campo se hizo un cuestionario clínico en el que se interrogó acerca de variables como la edad actual y edad de inicio de consumo, tiempo de consumo, tipo de consumo (mono/policonsumo), meses en la institución y fase del tratamiento, además de considerar los criterios de inclusión para el estudio como haber culminado el período de desintoxicación anterior a la primera fase del tratamiento, estar recibiendo atención ambulatoria y control médico, estar en un rango de edad entre diecinueve (19) y setenta y dos (72) años y ser del sexo masculino.

Algunas de las características de la muestra que resultaron relevantes a considerar y a evaluar estadísticamente fueron edad actual y de inicio, tiempo de consumo, meses y fase de la institución, que mediante estadístico de Spearman se correlacionaron con FE y HV resultando significativas la relación entre: a) edad de inicio y pensamiento creativo y b) edad de inicio y manejo de sentimientos.

Con respecto a la relación entre *edad de inicio* y *manejo de sentimientos*, los resultados obtenidos en la investigación son consistentes con un estudio de Salazar, Ugarte, Vásquez y Loaiza (2004), quien señaló una asociación estadísticamente significativa entre el distrés psicológico y un peor manejo emocional con edades de inicio de consumo menores a quince (15) años.

En cuanto a la *edad de inicio* y el *pensamiento creativo*, esta correlación resulta consistente con investigaciones que muestran períodos evolutivos en los que se desarrolla de manera significativa la corteza prefrontal (Klingberg, Vaidya, Gabrieli, Moseley, & Hedehus, 1999) que ocurren del nacimiento a los dos años, luego de los 7 a 9 años y entre los 16 y 19 años (Anderson, Northam, Hendy & Wrenall, 2001; Sowell, Peterson, Thompson, Welcome, Henkenius & Toga, 2003) y una asociación de la creatividad con el funcionamiento de la corteza temporo-occipito-parietal (TOP) en interacción con esta corteza prefrontal ya mencionada (Arieti 1976 en Chávez, Graff-Guerrero, García-Reyna,

Vaugier y Cruz-Fuentes, 2004) por lo que no es de extrañar que un menor rendimiento sea observado en consumidores con edades de inicio tempranas.

Es resaltante que otras relaciones no resultaran estadísticamente significativas, lo que es contradictorio a investigaciones que manifiestan un posible vínculo. El tiempo de consumo, por ejemplo, se ha asociado con una afectación global de las funciones ejecutivas y en conjunto con el tiempo de abstinencia es predictora del deterioro en los procesos de toma de decisiones. Por su parte, el tiempo y gravedad de consumo de anfetaminas y heroína se relacionó de manera inversa con la capacidad de abstracción y flexibilidad cognitiva, además de observarse consistentemente relaciones inversamente proporcionales entre la gravedad y tiempo de consumo de cannabis, cocaína, éxtasis y alcohol y puntuaciones de un índice de atención selectiva e inhibición de la respuesta (Verdejo, et al., 2004).

Tomando en cuenta todas estas observaciones y los resultados obtenidos en esta investigación donde se demostró la existencia de una relación entre las FE y HV ya mencionadas, se propone a futuras investigaciones la creación de programas sistematizados para la rehabilitación de las mismas, sugerencia que coincide con el señalamiento de Cicerone et al. (2004), quienes entre sus conclusiones, indican la existencia de una relación recíproca entre la función cognoscitiva y la integración social, hipotetizando que la mejora cognitiva puede ser la base para el desarrollo de habilidades y la posterior integración social.

Igualmente, Verdejo et al. (2002) advierten en su investigación de la importancia de las FE en mecanismos de control de impulsos y los procesos de toma de decisiones que pueden condicionar el funcionamiento diario del sujeto y comprometer su capacidad de autocontrol y resistencia a posibles estresores relacionados o no con el consumo e incrementar así el riesgo de recaídas.

Sobre la base de estas investigaciones, se plantea que la implementación de programas de rehabilitación en funciones ejecutivas acompañados de entrenamiento en habilidades para la vida puede disminuir factores de riesgo e incrementar factores de protección de esta población, teniendo así un impacto a nivel de prevención y tratamiento.

VII. Limitaciones y Recomendaciones

El tipo de investigación determina desde su inicio su alcance, así como las posibles limitaciones, que se toman en cuenta en la búsqueda de generalizar los resultados. Se mencionan además las dificultades particulares del estudio y las recomendaciones a futuras investigaciones.

- El alcance de la investigación es correlacional, determinándose asociación entre variables, sin establecer asociaciones específicas causa-efecto; se recomienda hacer estudios con diseños que permitan determinar causalidad entre las variables.
- Niveles de estudio reducidos en el país para esta población; se recomienda impulsar el trabajo investigativo en el área de las drogodependencia, debido a que la misma se ha centrado mayormente en el tratamiento y rehabilitación de pacientes.
- Falta de acuerdo por parte de los autores en cuanto a la definición y categorización de las FE, presentándose casos de solapamiento entre el concepto de estas funciones y las funciones cognoscitivas, del mismo modo esta discrepancia se observó a nivel práctico en la consulta a profesionales. Se sugiere el diseño de programas de entrenamiento y actualización a profesionales que laboren en atención al drogodependiente para garantizar la inclusión de estas variables en la planificación del tratamiento.
- Escasez de instrumentos medición de la variable “habilidades para la vida”, siendo necesario para el estudio validar con expertos un instrumento de origen colombiano diseñado para una muestra de adolescentes.
- Así mismo, con respecto a este instrumento se observó dificultades de los participantes para comprender los reactivos de la prueba de HV; se recomienda la adecuación o creación de instrumentos adaptados a la muestra de personas en situación de drogodependencia.
- Demora en la entrega de los cuestionarios de validación por parte de algunos expertos, así como negativas de instituciones a participar y/o apoyar en el estudio, teniendo como consecuencia un retraso en la investigación. Se sugiere

establecer fechas límite de entrega de manera taxativa para evitar demoras en la misma.

- La medición de las FE se hizo a partir del modelo de la prueba INECO, se recomienda la aplicación de una batería completa de pruebas psicológicas que permitan una evaluación más exhaustiva de estas funciones
- Muerte experimental, se recomienda establecer *rapport* tanto con los participantes como con el personal de las instituciones, con el fin de reducir los casos de abandono del estudio.
- Muestra de estudio netamente masculina debido a la poca cantidad de mujeres en los centros de tratamiento, se recomienda replicar este estudio en base a una muestra femenina con el fin de abrir el campo investigativo en esta población.
- La muestra fue mayoritariamente de policonsumidores, por lo cual se recomienda trabajar con un mayor número de participantes en cada tipo de consumo que permita observar deterioros específicos de cada una de las sustancias, así como determinar si el tipo de consumo tiene incidencia sobre las variables estudiadas.

Referencias

- Alegría, P. (2005). *Validación de pruebas neuropsicológicas de funciones ejecutivas* (tesis inédita de grado). Universidad de Chile, Santiago.
- Anderson, V., Northam, E., Hendy, J. & Wrenall, J. (2001). *Developmental Neuropsychology: A clinical approach*. New York: Psychology Press.
- Andrade, P., Pérez, C., Alfaro, M., Sánchez, M. y López, A. (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3), 243–250.
- Antillano, A. y Zubillaga, V. (2014). La conexión drogas ilícitas violencia. Una revisión de la literatura y consideraciones a la luz de la experiencia venezolana. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 23(1), 129-148.
- Antón, D. (2006). El concepto “drogas”: desinformación en sociedades consumidoras periféricas. *Cultura y Drogas*, 13(1), 121-144.
- APA (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC. EEUU: APA.
- Ardila, A., Arroyo, M. y Villa, M. (s/f). Lóbulo temporal (diapositiva). Universidad Autónoma de Bucarananga
- Arias, F (1999). El proyecto de Investigación, Guía para su Elaboración. Caracas, Venezuela: Episteme
- Audrain-McGovern, J., Rodríguez, D., Tercyak, P., Neuner, G. y Moss, H. (2006). El impacto de los índices de autocontrol sobre el tabaquismo entre pares y la progresión de los adolescentes fumadores. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(2), 139 -151.
- Bailey, S. y Hubbard, R. (1990). Developmental variation in the context of marijuana initiation among adolescents. *J Health Soc Behav*, 31(1), 58-70.
- Barkley, R. (2001). Las funciones ejecutivas y autorregulación: la perspectiva neuropsicológica y evolutiva. *Revisión neuropsicológica*, 11(1), 1-29.
- Bausela, E. y Martínez, G. (2008). Adicciones y funcionamiento ejecutivo. *Publicación virtual Psicología y Pedagogía*, 7(19), 1-6.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Míguez, M. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2), 91-96.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. y Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Belssaso, G., Estañol, B. y Juárez, H. (2002). *Nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento de las adicciones*. México D.F.: Conadic Salud.
- Bjork, J., Homer, D., Grant, S. y Danube, C. (2004). Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type1/type 2 like traits. *Alcohol*, 34(1), 133-150.
- Bolla, BK., Brown, K., Eldreth, D., Tate, K. y Cadet, J. (2002). Dose related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*, 59(1), 1337-1343.
- Bolla, K., Ernst, M., Kiehl, K., Mouratidis, M., Eldreth, D. y Contoreggi, C. (2004). Disfunción cortical prefrontal en los consumidores de cocaína en abstinencia. *J Clin Neuropsiquiatría Neurosci*, 16(1), 456-64.
- Brofman, J. y Delgado, E. (2011). Evaluación neuropsicológica en un caso de consumo de Cannabis. *Revista Ayayu*, 10(4), 53-83.
- Brook, J., Kessler, R., Cohen, P. (1999). The onset of marijuana use from preadolescence and early adolescence to young adulthood. *Dev Psychopathol*, 11(1), 901-914.
- Buchert, R., Obrocky, J., Thomasius, R., Valterlein, O., Petersen, K. y Jenicke, L. (2001). Los efectos a largo plazo del abuso de éxtasis en el cerebro humano estudiado por FDG PET. *Nucl Med Commun*, 22(1), 889-97.
- Calafat, A. (2006). *La vida sin drogas*. Vigo, España: Nova Galicia Edicions.
- Casete, L. y Climent, B. (2007). *Cocaína: Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Castaño, E. y Bernal, M. (2006). Droga Drogue Narcótico. *Cultura y Drogas*, 13 (1), 325-337.

- Caudevilla, F. (2008). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Chávez, R.; Graff-Guerrero, A.; García-Reyna, J.; Vaugier, V. y Cruz-Fuentes, C. (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de activación cerebral. *Salud Mental*, 27(3), 38-46.
- Cicerone, K., Mott, T., Azulay, J., Sharlow-Galella, M., Ellmo, W., Paradise, S. y Friel, J. (2004). Integración comunitaria y la satisfacción con el funcionamiento después de la rehabilitación cognitiva intensiva para la lesión cerebral traumática. *Arch. Phys. Med Rehabil*, 85, 943-950.
- Cid-Monckton, P. y Pedrao, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem* 738-745. (May-June 19 Spe)
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológica: introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGrawHill.
- Corral, M., Rodríguez, S. y Cadaveira, F. (2002). Perfil neuropsicológico de alcohólicos con alta densidad familiar de alcoholismo tras abstinencia prolongada: hallazgos preliminares. *Revista Española de Drogodependencias*, 27(1), 148-158.
- Correa, J. (2007). *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Recuperado de <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/historia%20drogas.pdf>
- Cowan, R., Lyoo, I., Sung, S., Ahn, K., Kim, M. y Hwang, J. (2003). Reducción de la densidad de la materia gris cortical en MDMA (éxtasis) humana usuarios: un estudio de morfometría basada en voxel. *Drogas Alcohol Depend*, 72(1), 225-35.
- Cruz, S. (2001). Efectos y mecanismos de acción de las drogas de abuso. En Tapia, R. (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (cap. 21). México D.F.: Manual Moderno.
- Danos, P., Kasper, S., Grunwald, F., Klemm, E., Krappel, C. y Broich, K. (1998). Patológica flujo sanguíneo regional cerebral en pacientes dependientes de opiáceos durante la abstinencia: un estudio HMPAO-SPECT. *Neuropsychobiology*, 37(1), 194-199.

- Dante, C. (2007). Evaluación de la eficacia de un programa de intervención. Evaluación neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo en pacientes drogodependientes. Instituto de Investigación de drogodependencias. *Salud y drogas*, 7(2), 235-247.
- Daumann, J., Fischermann, T., Pilatus, U., Thron, A., Moeller, W. y Gouzoulis, E. (2004). Protones espectroscopía de resonancia magnética en éxtasis usuarios (MDMA). *Neurosci Lett*, 362(1), 113-6.
- De la Villa, M. y Ovejero, A. (2005). Análisis Diferencial por Niveles de Edad de las Actitudes hacia el consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(3), 325-338.
- De la Villa, M., Rodríguez, F. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52 (5), 406-415.
- Del Moral, M. y Fernández, L. (2009) Conceptos fundamentales en drogodependencia. En Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (Ed.), *Drogodependencias* (1-25). Madrid, España: Editorial medica panamericana.
- Delay, J. (1958). *Psychopharmacology frontiers*. Toronto, EEUU: Little Brown and Co.
- Delgado, I. y Etchepareborda, M. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 57(1), 95-103.
- Di Sclafani, V., Tolou-Shams, M., Price, L. y Fein, G. (2002). Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(1), 161-171.
- Díaz, L., Rosero, R., Melo, M. y Aponte, D. (2013). Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(21), 175-194.
- Epstein, J. y Botvin, G. (2002). El papel moderador de la toma de riesgos y la negativa asertividad en influye sociales del consumo de alcohol entre los adolescentes. *Revista de Estudios sobre el Alcohol*, 63(1), 456-459.
- Epstein, J., Zhou, X., Bang, H. y Botvin, G. (2006). *Qué Habilidades cognoscitivas moderan el impacto de la influencia social sobre el beber alcohol y los beneficios percibidos en adolescentes*: Sociedad de Investigación de la Prevención.

- Equipo Vértice (2010). *Intervención en drogodependencias*. Madrid, España: Vértice
- Errico, A., King, A., Lovallo, W. y Parsons, O. (2002). Cortisol dysregulation and cognitive impairment in abstinent male alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(1), 1198-1204.
- Ersche, K., Fletcher, P., Lewis, S., Clark, L., Stocks, G. y Londres M. (2005). Activaciones frontales anormales relacionadas con la toma de decisiones en estudio. *Neurosci Lett*, 38(2), 211-216.
- Escobar, R. (1999). *Diccionario de Drogas Peligrosas*. Buenos Aires, Argentina: Universidad.
- Espejo, G. (2013). Transmisión de la información (diapositiva). Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/141934/>
- Etchepareborda, M. y Abad, L. (2005). Memoria de Trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Rev Neurol*, 40(1), 79-83.
- Etchepareborda, M., Mulas, F., Gandía, R., Abad, L., Moreno, F. y Diaz, A. (2006). Técnicas de evaluación funcional de los trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neuro*, 42(2), 121-132.
- Fagundo, A., Martín, R., Abanades, S., Farré y Verdejo, A. (2007). Neuroimagen y adicción I: Correlatos neuroanatómicos y funcionales de la administración aguda, el craving y el consumo crónico de psicoestimulantes. *Revista española de drogodependencia*, 32(4), 465-487.
- Fein, G., Di Sclafani, V. y Meyerhoff, D. (2002). Reducción del volumen cortical prefrontal asociado con déficit función de la corteza frontal en 6 semanas de abstinencia de cocaína crack hombres dependientes. *Drogas Alcohol Depend*, 68(1), 87-93
- Fein, G., Klein, L. y Finn, P. (2004). Impairment on a stimulated gambling task in long-term alcoholics. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 24(1), 1487-1491.
- Fernández, M. (2010). *Deterioros neurocognitivos y emocionales en consumidores de drogas: prevalencia, significación clínica y efectos diferenciales* (tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada, España.

- Fernández, M. (2013). Neuropsicología, emoción y género en drogodependencias. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 81(43), 45-47.
- Fishbein, D., Eldreth, D., Hyde, C., Matochik, J., Londres, E. y Contoreggi, C. (2005). La toma de decisiones de riesgo y la corteza cingulada anterior en abusadores y no usuarios de drogas abstinentes. *Brain Res Cogn Brain Res*, 23(1), 119-36.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Ment* 30(1), 63-73.
- Franklin, T., Acton, P., Maldjian, J., Gray, J., Croft, J. y Dackis, C. (2002). Disminución de la concentración de materia gris en el insular, orbitofrontal, la corteza cingulada y la corteza temporal de los pacientes de cocaína. *Biol Psychiatry*, 51(1), 134-142.
- Fuster J. (2008). *La corteza prefrontal*. Londres: Academic Press
- Gabantxo, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*, 4 (1), 139-158.
- García, A., Enseñat, A., Tirapu, J. y Roig, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Rev Neurol*, 48 (8) 435-440
- García, A., Tirapú, J. y Roig, P. (2007). Validez ecológica en la exploración de las funciones ejecutivas. *Anales de Psicología*, 23(2), 289-299.
- García, V., García, M., Sánchez, M., Rodríguez, A. y Gómez, M. (2007). Neuroimagen y drogodependencias: correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. *Revista de neurología*, 44 (7), 432-439
- Garrido, M. y Fernández, G. (2004). Déficit neuropsicológicos en alcohólicos: implicaciones para la seguridad vial. *Revista de Neurología*, 38(3), 277-283.
- Gerra, G., Calbani, B., Zaimovic, A., Sartori, R., Ugolotti, G. y Ippolito L. (1998). El flujo sanguíneo cerebral regional y diagnóstico comórbido en la abstinencia adictos a opiáceos. *Psiquiatría Res*, 83(1), 117-126.
- Goldstein, R., Leskovjan, A., Hoff, A., Hitzemann, R., Bashan, F., Khalsa, S., Wang, G., Fowler, J. y Volkow, N. (2004). Severity of neuropsychological impairment in

- cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 42(1), 1447-1458.
- Goldstein, R., y Volkow, N. (2002). Adicción a las drogas y su base neurobiológica subyacente: neuroimagen pruebas de la participación de la corteza frontal. *Am J Psiquiatría*, 159(1), 1642-1652.
- Gómez, D. (2006). Patrón de toma de decisiones desventajosas en pacientes drogodependientes. *Salud y Drogas*, 6(1), 71-88.
- Gossop, M. (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Gouzoulis, E., Thimm, B., Rezk, M., Hensen, G. y Daumann, J. (2003). Memory impairment suggest hippocampal dysfunction in abstinent ecstasy abusers. *Progress in Neuro-psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 27(1), 819-827.
- Gruber, S. y Yurgelun, D. (2001). Correlatos neuropsicológicos de abuso de drogas. En Kaufman MJ, ed. Las imágenes del cerebro en el abuso de sustancias: la investigación, la clínica y aplicaciones forenses. *Humana Press*, 1(1), 199-229.
- Gutiérrez, L., De Irala, J. y Martínez, M. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Rev. Med Univ Navarra*, 50(1), 3-10.
- Guxens, M., Nebot, M., Ariza, C. y Ochoa, D. (2007). Factores asociados al inicio del consumo de cannabis. Una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gac Sanit*, 19(3), 1-9.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hester, R. (2004). Disfunción Ejecutivo en la adicción a la cocaína: evidencia de frontal discordante, cíngulo, y la actividad del cerebelo. *J Neurosci*, 24(1), 11017-11022.
- Hurtado, C. y Serna, A. (2012). *Neuropsicología de la violencia*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/neuropsicologia-de-la-violencia/>
- Inhen, J. (2012). *Análisis de las propiedades psicométricas de la prueba INECO Frontal Screening (IFS) en pacientes con demencia: Una aproximación desde la teoría clásica de los test*. Santiago: Universidad de Chile

- Insulza, J. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Washington D.C, EE.UU: Organización de los Estados Americanos.
- Iruarrizaga, I., Miguel, J. J. y Cano, C. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo. *Psicothema*, 13(4), 571-580.
- Isorna, M. y Felpeo, M. (2014). Evidencia científica y medidas preventivas para la reducción del consumo de cannabis durante la adolescencia. *Revista española de drogodependencia*, 39 (1) 12-30
- Jovanovski, D., Erb, S y Zakzanis, K. (2005). Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27(1), 189-204.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana
- Klimenko, O. (2008). La creatividad como un desafío para la educación del siglo XXI. *Educ. educ.*, 11(2), 191-210.
- Klingberg, T., Vaidya, C., Gabrieli, J., Moseley, M & Hedeus, M. (1999). Myelination and organization of the frontal White matter in children: A diffusion tensor study. *NeuroReport*, 10(1), 1-5.
- Kramer, J. y Cameron, D. (1975), *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- La penúltima. (2013). *Drogas duras o drogas blandas*. Recuperado de <http://lapenultima.org/drogas-duras-blandas>.
- Landa, N., Fernández, J. y Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones*, 16(1), 41-52.
- Landa, N., Fernández, J., Tirapu, J., López, J., Castillo, A. y Lorea, I. (2006). Alteraciones neuropsicológicas en alcohólicos un estudio exploratorio. *Revista de Adicciones*, 18(1), 49-60.
- Laporte, J. (1970). *Phantastica, les paradis artificiels*. París, Francia: Les editions Payot.

- Lee, T., Zhou, W., Luo, X., Yuen, K., Ruan, X. y Weng, X. (2005). Actividad neural asociada con la regulación cognitiva en los consumidores de heroína: una fMRI estudio. *Neurosci Lett*, 382(1), 211-216.
- Llorens, N.; Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de Afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 1-6.
- López-Muñoz, F; González, E.; Serrano, M.; Antequera, R. y Álamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica, Parte I. *Cuad Med Forense*, 17(1), 21-33.
- López-Torrecillas, F.; Peralta, I.; Muñoz-Rivas, J. y Godoy, F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136.
- Luria, A. (1995). *Conciencia y Lenguaje*. Madrid: Visor Distribuciones.
- Lyoo, I., Streeter, C., Ahn, K., Lee, H., Pollack, M., Silveri, M., Nassar, L., Levin, J., Sarid, O., Ciraulo, D., Renshaw, P. y Kaufman, M. (2004). Blanca hiperintensidades de la sustancia en los sujetos con cocaína y opiáceos dependencia y sujetos sanos de comparación. *Investigación Psiquiatría*, 131(1), 135-45.
- Lyvers, M. y Yakimoff, M. (2003). Neuropsychological correlates of opioid dependence and withdrawal. *Addictive Behaviors*, 28(1), 605-611.
- Makris, N., Gasic, G., Seidman, L., Goldstein, J., Gastfriend, D. y Elman I. (2004). Disminución del volumen de la amígdala absoluta en adictos a la cocaína. *Neurona*, 44(1), 729-740.
- Mangrulkar, L.; Whitman, C. y Posner, M. (2001). *Un enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.
- Mantilla, L. (2001) *Habilidades para la vida: una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales*. Bogotá: Ministerio de Salud y Fe y Alegría.
- Martínez, L., Sánchez . M., Palos. P., Pérez, C y Montes, A. (2010). *Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes*. Revista española de drogodependencias: ISSN 0213-7615 N°. 1

- Martínez-Llantada, M. (1998). *Calidad educacional. Actividad pedagógica y la creatividad*. La Habana: Academia.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158.
- McCann, U., Szabo, Z., Scheffe, U., Dannals, R. y Ricaurte, G. (1998) Por emisión de positrones evidencia tomográfica de efecto tóxico de MDMA ("éxtasis") en las neuronas cerebrales de serotonina en los seres humanos. *Lancet*, 352(1), 1433-1437.
- Medina, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, F., Tapia, R. (1998) Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Rev Socidrogalcohol*, 45(1), 516-525.
- Melero, C. (2010). *Habilidades para la vida: un modelo para educar con sentido*. Bilbao, España: EDEX. Seminario de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud.
- Mintzer, M. y Stitzer, M. (2002). Cognitive impairment in methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 41-51.
- Mitjans, A. (1997). *Cómo desarrollar la creatividad en la escuela*. La Habana: Universidad de la Habana.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A. y Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Moeller, F., Hasan, K., Steinberg, J., Kramer, L., Dougherty, D., Santos, R., Valdés, I., Swann, A., Barratt, E. y Narayana, P. (2005). Reducción del anterior cuerpo calloso integridad de la materia blanca está relacionada con el aumento de la impulsividad y redujo discriminabilidad en dependientes de la cocaína temas: imágenes de tensor de difusión. *Neuropsicofarmacología*, 30(1), 610-617.
- Molina, C. (2008) Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *Internacional e-Journal of Criminal Science*, 2(2), 1-30.

- Monterosso, J., Aron, A., Cordova, X., Xu, J. y London, E. (2005). Deficits in response inhibition associated with chronic methamphetamine abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(1), 273-277.
- Montoya, I. y Muñoz, I. (2009). Habilidades para la vida. *Revista de Formació del Professorat*, 4(1), 1-5.
- Moore, T., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T., Jones, P., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328.
- Moral, M., Rodríguez, F., Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Moreno, L. (2010). *Alteraciones neuropsicológicas en consumidores de cocaína: correlatos neuroanatómicos* (tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada, España.
- NIDA (2010). *Cocaína: abuso y adicción. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcocaina.pdf>
- Noel, X., Van der Linden, M., Schmidt, N., Sferazza, R., Hanak, C., Le Bon, O., Del Mol, J., Kornreich, C., Pelc, I. y Vernak, P. (2001). Supervisory attentional system in nonamnesic alcoholic men. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 1152-1158.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México D.F.: CENGAGE Learning.
- Obrocki, J., Schmoldt, A., Buchert, R., Andresen, B., Petersen, K. y Thomasius, R. (2002). Neurotoxicidad. especificación del uso crónico de éxtasis. *Lett Toxicol*, 127(1), 285-297.
- Oliveros, M.; Salinas, M.; Fajardo, A.; Villamil, A. y Saavedra, D. (2014). *Análisis situacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas-SPA en la localidad de San Cristóbal, Bogotá D.C.*. Bogotá, Colombia: Unitox.
- OMS (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.

- OMS (2003). *Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia N° 33*. (Serie de informes técnicos N° 915). Ginebra: OMS.
- OMS (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen*. Ginebra: OMS
- OMS (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
- ONA (s/f). *Venezuela: caracterización del problema de Drogas 2011*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1313>
- OPS (2000). *Por una juventud sin tabaco*. Recuperado de <https://books.google.co.ve/books?id=0SWL6ZnTWkCyprintsec=frontcoveryl=es#v=onepageyqyf=false>
- Ornstein, J., Iddon, J., Baldacchino, A., Sahakian, B., London, M., Everit, B. y Robbins, T. (2000). Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers. *Neuropsychopharmacology*, 23(1), 113-126.
- Ortiz, A., Alonso, I., Ubis, A. y Ruiz, M. (2011). *Adicciones. Guía de cuidados de enfermería en salud mental*. Barcelona, España: ElsevierMasson.
- Osuna, J. (2005). Drogas: ¿un fenómeno en evolución? *CAREL: Carmona, Revista de estudios locales*, 3 (3), 1269-1291.
- Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*, 42(3), 45-50.
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.
- Pezawas, L., Fischer, G., Podreka, I., Schindler, S., Brücke, T. y Jagsch R. (2007). La adicción a opiáceos cambia cerebral simetría del flujo sanguíneo. *Neuropsychobiology*, 45(1), 67-73.
- Pistoia, M., Abad, L. y Etchepareborda, M. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*, 38(1), 149-155.
- Ponce de León, M. y Alfaro, L. (2002). El hábito de fumar entre los adolescentes y su forma de enfrentar las adicciones. *La psicología social en México*, 9(1), 398-404.

- Quesada, M., Díaz, G., Herrera, R., Tamayo, P. y Rubio, L. (2007). Características del electroencefalograma cuantitativo y trastornos cognitivos en pacientes alcohólicos. *Revista de Neurología*, 44(1), 81-88.
- Reneman, L., Lavalaye, J., Schmand, B., De Wolff F, A. y Heeten, G., (2001) Cortical densidad del transportador de la serotonina y la memoria verbal en los individuos que dejaron de usar 3,4-methylenedioximethamphetamine (MDMA o "éxtasis"): resultados preliminares. *Arco General Psychiatry*, 58(1), 901-906.
- Richard, D. (2003). *Las Drogas*. (3ª ed.). México, DF: Siglo XXI editores.
- Rodríguez, W. (2004). Una Aproximación al Estudio del Funcionamiento Ejecutivo y el Lenguaje en el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde su complejidad. *Revista IRICE*: 32(2), 51-68.
- Rogers, R. y Robbins, T. (2001). Investigating theneurocognitive déficits associated with chronic drug misuse. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(1), 250-257.
- Rojo, G., Pedrero, E.; Ruiz, J., Llanero, M., Olivar, A. y Puerta, C. (2009). Terapia ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. *Trastornos Adictivos*, 11(2), 96-105.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber de las adicciones*. Madrid, España: Tebar.
- Sáiz, P., González, M., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M., Granda, B. y Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3), 209-220.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. y Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65(3), 179-187.
- Salazar, T. (2006). Aproximación histórica sobre el consumo de drogas en Venezuela. *Dikaiosyne: Revista de filosofía pràctica Universaidad de los Andes*, 16(1), 173-197.
- Salo, R., Nordahl, T., Possin, K., Leamon, M., Gibson, D., Galloway, G., Flynn, N., Henik, A., Pfefferbaum, A. y Sullivan, E. (2002). Preliminary evidence of reduced cognitive inhibition in methamphetamine-dependent individuals. *Psychiatry Research*, 111(1), 65-74.

- Sánchez, R. y Narbona, J (2001). Revisión Conceptual del Sistema Ejecutivo y su estudio en el Niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Neurología*, 33(1), 47-53.
- Sekine, Y., Iyo, M., Ouchi, Y., Matsunaga, T., Tsukada, H. y Okada, H. (2001). Síntomas psiquiátricos relacionados con la metanfetamina y la reducción de los transportadores de dopamina cerebrales estudiados con PET. *Am J Psiquiatría*, 158(1), 1206-1214.
- Silva, M. (2006). *Apuntes para la elaboración de las Naciones Unidas Proyecto de Investigación Social*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sim, M., Lyoo, I, Streeter., C, Covell, J., Sarid-Segal, O., Ciraulo, D., Kim, M., Kaufman, M., Yurgelun-Todd, D y Renshaw, P. (2007). *Correlatos cerebelosos en sujetos dependientes de cocaína con la duración del consumo*. *Neuropsicofarmacología*: 32 (10) 2229-2237.
- Sowell, E., Peterson, B., Thompson, P., Welcome, S., Henkenius, A. & Toga, A. (2003). Mapping cortical change across the human lifespan. *Nature Neuroscience*, 6(1), 309-315.
- Sternberg, R., y Lubart, T. (1997). *La creatividad en una cultura conformista. Un desafío a las masas*. Madrid: Paidós.
- Sullivan, E., Fama, R., Rosenbloom, M. y Pfefferbaum, A. (2002). Un perfil de los déficits neuropsicológicos en mujeres alcohólicas. *Neuropsicología*, 16(1), 74-83.
- Sullivan, E., Rosenbloom, M. y Pfefferbaum, A. (2000). Pattern of motor and cognitive performance in detoxified alcoholic men. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 24(1), 611-621.
- Taffe, M., Davis, S., Yuan, J., Schroeder, R. Hatzidimitriou, G. y Parsons, L. (2002). El rendimiento cognitivo de los monos rhesus tratados con MDMA: la sensibilidad al desafío serotoninérgico. *Neuropsychopharmacology*, 27, 993-1005.
- Thomasius, R., Petersen, K., Buchert, R., Andresen, B., Zapletalová, P. y Wartberg, L. (2003). Estado de ánimo, la cognición y la disponibilidad del transportador de serotonina en usuarios en éxtasis actual y anterior (MDMA). *Psicofarmacología Berl*, 167(1), 85-96

- Tirapú J. Muñoz, J. Y Pelegrín, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol* .34 (7) pp: 673-685.
- Trianes, P. Blanca, M., Muñoz, A., García, A., García, B., Cardelle-Elawar y Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*, 18(2), 197-214.
- UNICEF (2004). *Life Skills-Based Education for Drug Prevention*. Recuperado de [//www.unicef.org/spanish/lifeskills/files/DrugUsePreventionTrainingManual.pdf](http://www.unicef.org/spanish/lifeskills/files/DrugUsePreventionTrainingManual.pdf)
- UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr/2014/V1403603_spanish.pdf
- Urrego, Y. (2009). El impacto de las experiencias tempranas en la cognición social. *Psychologia: avances de la disciplina*, vol. 3 (1), pp. 61-80.
- Verdejo, A. (2006). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral* (tesis inédita de doctorado). Universidad de Granada, España.
- Verdejo, A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Verdejo, A. y Pérez-García, M. (2005). *Neuropsicología en el ámbito de las drogodependencias: Evaluación de las funciones ejecutivas*. Recuperado de <http://www.proyectohombre.es/archivos/9.pdf>
- Verdejo, A., Aguilar, F., y Pérez- García, M. (2004). Alteraciones de los procesos de Toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Rev. Neurol*, 38(7), 601-606.
- Verdejo, A., López, F., Orozco, C. y Pérez, M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14(3), 1-26.
- Verdejo, A., López, F., Orozco, C. y Pérez, M. (2004). Implicaciones clínicas y desafíos metodológicos en el estudio de los correlatos neuropsicológicos de cannabis, estimulantes y abuso de opiáceos. *Neuropsychol Rev*, 14(1), 1-41.

- Verdejo, A., López-Torrecillas, F., Orozco, C. y Pérez-García, M. (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant and opioid abuse. *Neuropsychology Review*, 14(1), 1-41.
- Verdejo, A., Orozco-Gimenez, M., Meersmans, M., Aguilar, F. y Pérez-García, M. (2004). Impactos de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38(12), 1109-1116.
- Verdejo, A., Pérez, M., Sánchez, M., Rodríguez, A. y Gómez, M. (2007). Neuroimagen y drogodependencias: correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. *Revista de Neurología*, 44 (7), 432-439
- Volkow, N. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf
- Volkow, N., Fowler, J. y Wang, G. (2004). El cerebro humano adicto considerarse a la luz de los estudios de imagen: circuitos cerebrales y estrategias de tratamiento. *Neurofarmacología*, 47(1), 3-13.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Logan, J., Gatley, S. y Hitzeman, R. (1997). Disminución de la capacidad de respuesta dopaminérgica estriatal en pacientes dependientes de cocaína desintoxicados. *Nature*, 386(1), 830-833.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M., Wittchen, H. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*, 68(1), 49-64.
- Wang, G., Volkow, N., Fowler, J., Logan, J., Hitzemann, R. y Pappas, N. (1997). La dopamina disponibilidad del receptor D2 en sujetos dependientes de opiáceos antes y después de la aloxona precipitó la retirada. *Neuropsychopharmacology*; 16(1), 174-182.
- Wareing, M., Fisk, J. y Murphy, P. (2000). Working memory deficits in current and previous users of MDMA. *British Journal of Psychology*, 91(1), 181-188.

Wills, T., Panadero, E. y Botvin, G. (1989). Las dimensiones de la asertividad: relaciones diferenciales al uso de sustancias en la adolescencia temprana. *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*, 57(1), 473-478.

Apéndices

Apéndice A

Cuestionario para Conocer las Funciones Ejecutivas y las Habilidades para la Vida Deterioradas en Drogodependientes Venezolanos

Estimado experto.-

Como parte de nuestro trabajo de grado titulado **“Relación entre funciones ejecutivas y habilidades para la vida en drogodependientes institucionalizados”** para optar al título de licenciatura en Psicología en la Universidad Central de Venezuela, cuyo objetivo principal es evaluar las relaciones existentes entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en drogodependientes institucionalizados, requerimos de su valiosa colaboración para completar el siguiente cuestionario el cual nos permitirá conocer, desde su experiencia, la relevancia de las variables habilidades para la vida y funciones ejecutivas en la población drogodependiente.

DATOS DEL EXPERTO

Nombre y Apellido:		
Profesión:	Cargo:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar donde labora:	Tiempo trabajando en al área de adicciones:	
Describa brevemente su ex experiencia en el área de las adicciones:		

Firma: _____

Gracias por su colaboración...

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

Estimado experto.-

La información que aquí suministre es de gran importancia para nosotros, por favor conteste a las preguntas de la forma más concreta y precisa posible. La información será confidencial y utilizada con fines académicos y de investigación.

Agradecemos enormemente su tiempo y colaboración.

INVESTIGACIÓN

1.- ¿Hacia qué líneas de investigación se dirige la investigación actual en población adicta?

2.- ¿En qué temas o líneas de investigación ha trabajado para esta población?

3.- ¿Conoce usted estudios anteriores que relacionaran funciones ejecutivas y habilidades para la vida en Venezuela o en el extranjero? De ser afirmativo, mencione.

4.- ¿Que funciones ejecutivas y habilidades para la vida relacionaría en población drogodependiente?

FUNCIONES EJECUTIVAS

5.- ¿Conoce usted acerca de las funciones ejecutivas?

SI NO

En caso de responder afirmativamente, conteste:

5.1.- ¿Cuáles funciones ejecutivas considera fundamentales para el estudio de la adicción?
¿Cuáles se ven más afectadas en la población adicta?

5.2.- ¿Cómo pueden medir estas funciones ejecutivas? ¿Qué instrumentos de medición conoce?

5.3.- ¿Ha trabajado en alguna línea de investigación? Especifique

5.4.- ¿En su centro han trabajado con funciones ejecutivas?

SI NO

En caso de responder afirmativamente, conteste:

5.4.1.- ¿Con cuáles funciones han trabajado?

5.4.2.- ¿En qué área o áreas han trabajado? ¿Docencia, evaluación, investigación o tratamiento? ¿Cómo realizan estos procesos?

5.4.3.- ¿Qué resultados han obtenido del en su institución con respecto a las funciones ejecutivas?

HABILIDADES PARA LA VIDA

6.- ¿Conoce usted acerca de las habilidades para la vida?

SI NO

En caso de responder afirmativamente, conteste:

6.1.- ¿Cuáles habilidades para la vida considera fundamentales para el estudio y tratamiento de la adicción? ¿Cuáles se suelen encontrar en déficit?

6.2.- ¿Cómo pueden medir estas habilidades para la vida? ¿Qué instrumentos de medición conoce?

6.3.- ¿Ha trabajado en alguna línea de investigación? Especifique

6.4.- ¿En su centro han hecho trabajo con habilidades para la vida?

SI NO

En caso de responder afirmativamente, conteste:

6.4.1.- ¿Con cuáles habilidades han trabajado?

6.4.2.- ¿En qué área o áreas han trabajado? ¿Docencia, evaluación, investigación o tratamiento? ¿Cómo los realizan?

6.4.3.- ¿Qué resultados han obtenido del en su institución con respecto a las habilidades para la vida?

Apéndice B

Cuestionario de Validación por Expertos del Instrumento de HV

CUESTIONARIO PARA LA VALIDACION POR EXPERTOS DEL INSTRUMENTO PARA "HABILIDADES PARA LA VIDA"

Datos personales:

Nombre Y Apellido: _____

Profesión: _____

Lugar donde Trabaja: _____

El presente cuestionario tiene como finalidad corroborar que el instrumento de "habilidades para la vida", seleccionado para evaluar esta variable en el trabajo de investigación: *"Relación entre habilidades para la vida y funciones ejecutivas en una muestra de drogodependientes institucionalizados"*, sea pertinente en el uso con una muestra de drogodependientes institucionalizados de entre 19 y 72 años de edad.

INSTRUCCIÓN: A PARTIR DE LA OBSERVACIÓN Y LECTURA DE LOS REACTIVOS DEL INSTRUMENTO "HABILIDADES PARA LA VIDA", MARQUE CON UNA X SÓLO CUANDO LA AFIRMACION NO SEA CORRECTA.

	ESTA BIEN REDACTADO	ES PERTINENTE	ES OBJETIVO	ES ADECUADO	ES COMPENSIBLE	DE UN EJEMPLO DE CÓMO LO REDACTARÍA EN CASO DE CONSIDERAR QUE DEBERÍA SER MODIFICADO
ITEM 1						
ITEM 2						
ITEM 3						
ITEM 4						
ITEM 5						
ITEM 6						
ITEM 7						
ITEM 8						
ITEM 9						
ITEM 10						
ITEM 11						
ITEM 12						
ITEM 13						
ITEM 14						
ITEM 15						
ITEM 16						
ITEM 17						
ITEM 18						
ITEM 19						
ITEM 20						
ITEM 21						
ITEM 22						
ITEM 23						
ITEM 24						
ITEM 25						

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

	ESTA BIEN REDACTADO	ES PERTINENTE	ES OBJETIVO	ES ADECUADO	ES COMPENSIBLE	DE UN EJEMPLO DE CÓMO LO REDACTARÍA EN CASO DE CONSIDERAR QUE DEBERÍA SER MODIFICADO
ITEM 26						
ITEM 27						
ITEM 28						
ITEM 29						
ITEM 30						
ITEM 31						
ITEM 32						
ITEM 33						
ITEM 34						
ITEM 35						
ITEM 36						
ITEM 37						
ITEM 38						
ITEM 39						
ITEM 40						
ITEM 41						
ITEM 42						
ITEM 43						
ITEM 44						
ITEM 45						
ITEM 46						
ITEM 47						
ITEM 48						
ITEM 49						
ITEM 50						
ITEM 51						
ITEM 52						
ITEM 53						
ITEM 54						
ITEM 55						
ITEM 56						
ITEM 57						
ITEM 58						
ITEM 59						
ITEM 60						
ITEM 61						
ITEM 62						
ITEM 63						
ITEM 64						
ITEM 65						
ITEM 66						
ITEM 67						
ITEM 68						
ITEM 69						
ITEM 70						

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

	ESTA BIEN REDACTADO	ES PERTINENTE	ES OBJETIVO	ES ADECUADO	ES COMPENSIBLE	DE UN EJEMPLO DE CÓMO LO REDACTARÍA EN CASO DE CONSIDERAR QUE DEBERÍA SER MODIFICADO
ITEM 71						
ITEM 72						
ITEM 73						
ITEM 74						
ITEM 75						
ITEM 76						
ITEM 77						
ITEM 78						
ITEM 79						
ITEM 80						

¿Considera que las instrucciones iniciales son comprensibles y acordes al nivel cognitivo de la muestra a evaluar?:

SI: _____ NO _____ En caso de contestar no, ¿Por qué?

¿Considera que son adecuados para medir habilidades para la vida?:

¿Considera que son adecuados para la población de drogodependientes?:

Observaciones, comentarios y sugerencias:

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN.

Apéndice C

Tabla de Especificación de la Muestra

Tabla C1.

Participante	Edad	Droga preferida	Edad de inicio	Tiempo de consumo	Tipo de consumo	centros anteriores	Tiempo en la institución	Dx psiqu.	Centro	Fase	Escolaridad
1	24	-	15	8 años	mono consumo	1	7 meses	-	Toxicológico de Coche	3	bachiller
2	72	Heroína	10	62 años	mono consumo	1	10 meses	-	Toxicológico de Coche	3	6to grado
3	22	Alcohol	19	3 años	mono consumo	0	7 meses	-	Toxicológico de Coche	3	TSU
4	52	Marihuana	14	38 años	poli consumo	0	7 meses	-	Toxicológico de Coche	3	6to grado
5	66	Cocaína	25	26 años	poli consumo	0	9 meses	-	Toxicológico de Coche	3	-
6	46	Perico	8	41 años	poli consumo	2 veces	7 meses	-	Toxicológico de Coche	2	3er año de administración
7	28	Crack	-	-	-	-	-	-	Ali Primera	-	bachiller
8	24	-	30	10 años	poli consumo	1	13 meses	-	Fuerte Tiuna	3	Primaria
9	22	?	18	10 años	poli consumo	1	5 meses	-	Fuerte Tiuna	3	bachiller
10	36	-	15	9 años	poli consumo	0	-	-	Fuerte Tiuna	-	-
11	38	Marihuana	16	1 1/2 año	poli consumo	0	1 mes	-	Fuerte Tiuna	1	bachiller
12	50	Marihuana	18	18 años	poli consumo	0	14 meses	-	Fuerte Tiuna	3	-
13	19	Crack	-	-	poli consumo	-	-	-	Fuerte Tiuna	-	bachiller
14	37	-	16	34 años	poli consumo	2	5 meses	-	Fuerte Tiuna	-	5to año bachiller

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

Tabla C1 (continuación).

Participante	Edad	Droga preferida	Edad de inicio	Tiempo de consumo	Tipo de consumo	centros anteriores	Tiempo en la institución	Dx psiqu.	Centro	Fase	Escolaridad
15	34	-	16	2 años	poli consumo	0	17 meses	-	Fuerte Tiuna	1	Cursante bachillerato
16	29	Marihuana	17	20 años	poli consumo	0	7 meses	-	Vicente Salías	1	bachiller
17	37	Cocaína	-	-	-	-	-	-	Vicente Salías	2	Primaria
18	39	Crack	-	-	-	-	-	-	Fuerte Tiuna	2	3er año
19	56	Marihuana	16	20 años	poli consumo	0	4 meses	-	Fuerte Tiuna	2	3er grado
20	37	Marihuana	-	-	-	-	-	-	Fuerte Tiuna	1	TSU
21	25	Crack	20	25 años	poli consumo	1	-	-	Fuerte Tiuna	1	bachiller
22	20	Marihuana	28	8 años	poli consumo	1	3 años	psicótico	Fuerte Tiuna	3	4to año
23	21	-	10	1 años	poli consumo	0	5 meses	-	Fuerte Tiuna	3	4to grado
24	38	Crack	14	4 meses	poli consumo	0	5 meses	-	Fuerte Tiuna	3	6to grado
25	25	Heroína	10	11 años	poli consumo	0	1 año y 6 meses	-	Fuerte Tiuna	2	4to año
26	29	Marihuana	18	20 años	poli consumo	1	3 meses	-	Vicente Salías	1	-
27	38	Crack	14	6 años	poli consumo	1	1 año y 11 meses	-	Vicente Salías	1	2do año
28	40	Marihuana	-	-	-	-	-	-	Vicente Salías	-	bachiller

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

Tabla C1 (continuación).

Participante	Edad	Droga preferida	Edad de inicio	Tiempo de consumo	Tipo de consumo	centros anteriores	Tiempo en la institución	Dx psiqu.	Centro	Fase	Escolaridad
29	24	Cocaína	-	-	-	-	-	-	Rosa del Olmo	-	3er año
30	43	Cocaína	14	26 años	poli consumo	1	5 meses	-	Rosa del Olmo	-	TSU
31	38	Rivotril	14	10 años	poli consumo	0	3 meses	-	Rosa del Olmo	-	Bachiller
32	29	Marihuana	13	30 años	-	0	-	-	Toxicológico de Coche	-	Bachiller
33	23	Alcohol	14	22 años	-	0	-	-	Toxicológico de Coche	-	-
34	33	Coca	-	-	-	0	-	-	Rosa del Olmo	-	Primaria

Apéndice D

Consentimiento Informado

Por medio de la presente, yo: _____,
C.I._____. Hago constar que las estudiantes Dos Ramos, L.; Echenique, A. Y Moncada, S.; estudiantes de Psicología y constructoras de la tesis de grado “Relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en una población de drogodependientes”, me han informado y comunicado suficientemente sobre el proyecto y su finalidad y estoy de acuerdo en participar de manera libre y voluntaria.

Nota: Le recordamos que cualquier información que necesite sobre el proyecto estará a su disposición. Los resultados de su participación no serán juzgados o interpretados de manera alguna, El único fin es la obtención de información para comparar dos variables; Por lo que estos resultados serán tratados bajo el Código de Ética del Psicólogo Venezolano en especial atendiendo al siguiente.

Artículo 60: “El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidas a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.”

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

Apéndice E

Test de Despistaje Frontal Ineco

Nombres y Apellidos: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Total años de estudio: _____

1. Series motoras. (Programación)

“Observe cuidadosamente lo que voy a hacer”. El examinador repite la serie de Luria **“puño, canto, palma”** tres veces. **“Ahora usted va a hacer lo mismo, primero junto conmigo y luego usted solo”.** El examinador repite la serie tres veces con el paciente, luego se detiene y dice: **“Ahora hágalo usted solo hasta que yo le diga que pare”.** Permitir varios intentos para ver si logra 6 series consecutivas solo. Si el paciente no logra hacerlo solo, el examinador repite la serie con el paciente para ver si logra las 3 series consecutivas imitando y así lograr 1 punto en la calificación.

Corrección: 6 series consecutivas solo: 3 puntos / Al menos 3 series consecutivas solo: 2 puntos / El paciente falla en la primera pero logra las 3 consecutivas con el examinador :1 punto / El paciente no realiza ninguna secuencia con el examinador: 0

/3

2. Instrucciones conflictivas (Interferencia a la sensibilidad)

“Cuando yo golpee la mesa una vez, usted la va a golpear dos veces. Cuando yo golpee la mesa dos veces, usted la golpea una vez”. Para asegurarse de que el paciente comprendió perfectamente la tarea, golpee una vez sobre la mesa y espere la respuesta del paciente, repítalo tres veces. **1-1-1.** Si hay error repita la consigna. Luego golpee dos veces sobre la mesa, espere la respuesta del paciente y repítalo tres veces: **2-2-2.** Aclare cualquier duda. Es importante cerciorarse de que el paciente comprendió la instrucción. **“Ok, ahora hagamos esta otra serie según le indiqué”** El examinador completa esta serie: **1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.** . Escriba la serie de golpes del paciente mientras ejecuta la tarea para la corrección posterior y la apreciación cualitativa.

Corrección: Sin error: 3; 1 o 2 errores: 2; mas de 2 errores: 1; el paciente golpea como el examinador 4 veces seguidas: 0.

/3

3. Control inhibitorio. (Go-No Go)

“Cuando yo golpee la mesa una vez, usted también la golpea una vez y cuando yo golpee la mesa 2 veces, usted no hace nada”. Para asegurarse que el paciente ha entendido claramente la tarea, golpee una vez la mesa, espere la respuesta del paciente y repítalo 3 veces: **1-1-1.** Luego, golpee dos veces la mesa, espere la respuesta del paciente y repítalo 3 veces: **2-2-2.** Aclare cualquier duda. Es importante cerciorarse de que el paciente comprendió la instrucción. Luego: **“Ok, ahora hagamos esta otra serie según le indiqué”** El examinador completa la serie : **1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.** . Escriba la serie de golpes del paciente mientras ejecuta la tarea para la corrección posterior y la apreciación cualitativa.

Corrección: Sin errores: 3; 1 o 2 errores: 2; Mas de 2 errores: 1; El paciente golpea como el examinador 4 veces consecutivas: 0

/3

4. Dígitos al revés

“Voy a decirle unos números, cuando termine quiero que me los repita al revés de como yo se los dije, es decir, en el orden inverso”. Lea cada serie de números en voz alta a velocidad de 1 por segundo. Continúe con la siguiente actividad cuando el paciente cometa errores en los dos ítems de la misma línea.

Puntaje	Ejercicio 1	Corrección	Ejercicio 2	Corrección
1	5-1		3-8	
2	4-9-3		5-2-6	
3	3-8-1-4		1-7-9-5	
4	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7	
5	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4	
6	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5	

Corrección: la línea es considerada correcta cuando el paciente obtiene 1 o ambos ítems correctos. EL puntaje es la última línea lograda correctamente.

/6

5. Memoria de trabajo verbal. Meses hacia atrás

Instrucción: “Diga los meses del año al revés, comenzando por el último mes del año hasta llegar al primero. (El examinador inicia el ejercicio diciendo “Así: diciembre-noviembre-octubre... ahora hágalo usted”. Si el paciente empieza a decir los meses al derecho se le recuerda una vez que es al revés.

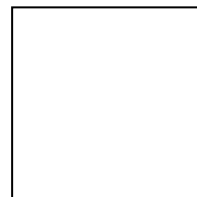
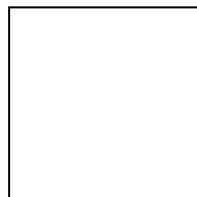
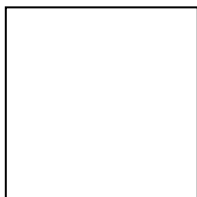
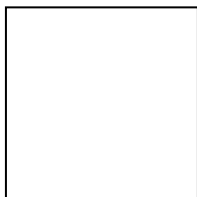
Dic- Nov-Oct-Sept-Agos-Julio-Jun-May-Abr-Marz-Feb-Ene

Corrección:(los errores por: orden equivocado, omisiones, tarea inconclusa). 0 errores:2 ptos /1 error:1pto. />2 errores: 0 ptos.

/2

6. Memoria de trabajo espacial.

“Ahora, voy a tocar estos cuadros en un orden determinado y cuando termine, quiero que usted los toque en el orden inverso, es decir, al revés de como yo los toqué”. Escriba la respuesta del paciente.



FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

- a. 1-2
- b. 2-4-3
- c. 3-4-2-1
- d. 1-4-2-3-4

/4

7. Refranes (Abstracción).

Instrucción: "Ahora le voy a leer unos refranes y usted me va a decir lo que significa cada uno, es decir qué quiere decir el refrán". Escriba la respuesta exacta del paciente.

1. Cachicamo diciéndole a morrocoy: ¡conchúo!

2. Perro que ladra no muerde

/3

3. Más vale pájaro en mano que cien volando

Corrección: respuesta concreta o con un ejemplo 0,5 puntos / respuesta con explicación correcta.1 punto

8. Control inhibitorio verbal.

Fase 1. *Iniciación.* "Escuche cuidadosamente estas oraciones y apenas yo termine de leer la frase usted debe decirme **tan rápido como pueda**, la palabra que completaría la frase correctamente.

1. Me puse los zapatos y me amarré las... (trenzas)

2. El cielo está gris, va a caer un palo de... (agua)

Fase 2. *Inhibición.* "**Ahora**, le voy a decir otras frases, **pero esta vez** quiero que las complete con una palabra **que no tenga ningún sentido con la oración, y no debe** estar relacionada con la palabra que sería la correcta para completar la frase". Por ejemplo: para clavar un clavo en la pared, Daniel le dio al clavo con el... lluvia".

1. José compró el pan en la...

2. Ojo por ojo y diente por....

3. Lavé mi ropa con agua y...

/6

Corrección: Palabra totalmente diferente: 2 puntos/ palabra con relación semántica: 1 punto / palabra exacta: 0 puntos.

Apéndice F. Test de Despistaje Frontal INECO. Hoja de Resultados

Nombres y apellido: _____ Fecha: _____

La presente es una hoja de resultados. A continuación marque con una X la respuesta obtenida del paciente en cada ítem y revise la puntuación correspondiente

<p>1. Series Motoras</p> <p><input type="radio"/> Hace 6 Series consecutivas solo= 3 pts.</p> <p><input type="radio"/> Hace de 3 a 5 series consecutivas solo= 2 pts.</p> <p><input type="radio"/> Falla en la primera pero logra 3 series consecutivas con el examinador= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> No realiza ninguna secuencia con el examinador= 0 pts.</p> <p style="text-align: right;">Pts.= /3</p>	<p>8. Control inhibitorio verbal</p> <p>“José compro pan en la...” R: _____</p> <p><input type="radio"/> Explicación correcta= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> Respuesta concreta o con ejemplo= 0,5 pts.</p> <p>“Ojo por ojo y diente por ...” R: _____</p> <p><input type="radio"/> Explicación correcta= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> Respuesta concreta o con ejemplo= 0,5 pts.</p> <p>“Lavé mi ropa con agua y...” R: _____</p> <p><input type="radio"/> Explicación correcta= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> Respuesta concreta o con ejemplo= 0,5 pts.</p> <p style="text-align: right;">Pts.= /6</p>																																			
<p>2. Instrucciones conflictivas</p> <p><input type="radio"/> Sin errores= 3 pts.</p> <p><input type="radio"/> De 1 a 2 errores= 2 pts.</p> <p><input type="radio"/> Más de 2 errores= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> El paciente golpea como el examinador 4 veces seguidas= 0 pts.</p> <p style="text-align: right;">Pts.= /3</p>	<p>7. Refranes</p> <p>“Cachicamo diciéndole a Morrocoy conchúo” R: _____</p> <p><input type="radio"/> Explicación correcta= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> Respuesta concreta o con ejemplo= 0,5 pts.</p> <p>“Perro que ladra no muerde” R: _____</p> <p><input type="radio"/> Explicación correcta= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> Respuesta concreta o con ejemplo= 0,5 pts.</p> <p>“Más vale pájaro en mano que cien volando” R: _____</p> <p><input type="radio"/> Explicación correcta= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> Respuesta concreta o con ejemplo= 0,5 pts.</p> <p style="text-align: right;">Pts.= /3</p>																																			
<p>3. Control inhibitorio</p> <p><input type="radio"/> Sin errores= 3 pts.</p> <p><input type="radio"/> De 1 a 2 errores= 2 pts.</p> <p><input type="radio"/> Más de 2 errores= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> El paciente golpea como el examinador 4 veces seguidas= 0 pts.</p> <p style="text-align: right;">Pts.= /3</p>	<p>4. Dígitos al revés</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Pts.</th> <th>Ejercicio 1</th> <th>Corrección</th> <th>Ejercicio 2</th> <th>Corrección</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 pto.</td> <td>5-1</td> <td></td> <td>3-8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 pts.</td> <td>4-9-3</td> <td></td> <td>5-2-6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 pts.</td> <td>3-8-1-4</td> <td></td> <td>1-7-9-5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 pts.</td> <td>6-2-9-7-2</td> <td></td> <td>4-8-5-2-7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 pts.</td> <td>7-1-5-2-8-6</td> <td></td> <td>8-3-1-9-6-4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 pts.</td> <td>4-7-3-9-1-2-8</td> <td></td> <td>8-1-2-9-3-6-5</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Pts.= /6</p>	Pts.	Ejercicio 1	Corrección	Ejercicio 2	Corrección	1 pto.	5-1		3-8		2 pts.	4-9-3		5-2-6		3 pts.	3-8-1-4		1-7-9-5		4 pts.	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7		5 pts.	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4		6 pts.	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5	
Pts.	Ejercicio 1	Corrección	Ejercicio 2	Corrección																																
1 pto.	5-1		3-8																																	
2 pts.	4-9-3		5-2-6																																	
3 pts.	3-8-1-4		1-7-9-5																																	
4 pts.	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7																																	
5 pts.	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4																																	
6 pts.	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5																																	
<p>5. Memoria de trabajo verbal</p> <p><input type="radio"/> Sin errores= 2 pts.</p> <p><input type="radio"/> 1 error= 1 pto.</p> <p><input type="radio"/> 2 o más errores= 0 pts.</p> <p><i>Nota: Los errores pueden ser por orden equivocado, omisiones, tarea inconclusa</i></p> <p style="text-align: right;">Pts.= /2</p>	<p>6. Memoria de trabajo espacial</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Pts.</th> <th>Ejercicio</th> <th>Corrección</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 pto.</td> <td>1-2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 pts.</td> <td>2-4-3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 pts.</td> <td>3-4-2-1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 pts.</td> <td>1-4-2-3-4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Pts.= /4</p>	Pts.	Ejercicio	Corrección	1 pto.	1-2		2 pts.	2-4-3		3 pts.	3-4-2-1		4 pts.	1-4-2-3-4																					
Pts.	Ejercicio	Corrección																																		
1 pto.	1-2																																			
2 pts.	2-4-3																																			
3 pts.	3-4-2-1																																			
4 pts.	1-4-2-3-4																																			

Apéndice G

Cuestionario de Habilidades para la Vida

Test de habilidades para la vida, tabla tomada de... ****

Sexo: ____ Edad: ____ Ocupación y/o profesión: _____

El siguiente test tiene como objetivo identificar el desarrollo de las habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años. Este instrumento hace parte de un proceso de investigación y no se presenta con carácter evaluativo. Por tanto, puede responder con plena tranquilidad pues la información es confidencial. Cada uno de los ítems son afirmaciones y usted debe responder señalando una de las siguientes opciones:

S: Siempre; CS: Casi Siempre; AV: Algunas Veces; CN: Casi Nunca; N: Nunca.

Nº	ITEM	Opciones de respuesta				
		S	CS	AV	CN	N
1	Me considero una persona alegre y sociable.					
2	Me consideran una persona explosiva y de mal genio.					
3	Identifico y utilizo mis fortalezas en los distintos contextos.					
4	Me cuesta identificar en qué tareas me desempeño mejor.					
5	Expreso con facilidad aquello que me gusta.					
6	Prefiero no expresar lo que me disgusta para no generar conflicto con otros.					
7	Identifico hacia dónde voy y cuáles son mis metas.					
8	A menudo me siento desorientado (a) pues no identifico cuáles son mis talentos					
9	Me sensibilizo frente a la situación de otras personas.					
10	Prefiero no escuchar los problemas de las otras personas.					
11	Escucho las opiniones de otros comprendiendo que no solo yo tengo la razón.					
12	Considero que las personas deben dar cuando reciben porque es lo justo.					
13	Cuando alguien necesita apoyo prefiero decirle que busque a alguien más pues mis ocupaciones no me permiten ayudarle.					
14	No me gusta colaborar con las tareas de la casa, sólo con lo que me corresponde a mí.					
15	Cuando una persona es víctima de conflicto o se encuentra en condición vulnerable, trato de acercarme y brindar ayuda.					
16	No me preocupo mucho por actuar en pro de los necesitados porque sé que hay organizaciones que se encargan de eso.					
17	Me cuesta expresar mis ideas y opiniones a los demás.					
18	Considero que me expreso adecuadamente con respecto a las situaciones de los otros.					
19	Se me facilita acercarme a otros y hacer parte de un grupo social.					
20	Me cuesta expresar a través de gestos lo que estoy sintiendo.					
21	No me avergüenza pedir consejos cuando es necesario.					
22	Considero que es mejor estar solo que mal acompañado.					

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

Nº	ITEM	Opciones de respuesta				
		S	CS	AV	CN	N
23	Sé decir “no” cuando no quiero hacer o pensar algo.					
24	Comunico mis ideas de manera adecuada buscando no hacer daño a otras personas.					
25	Se me facilita iniciar y mantener relaciones de amistad.					
26	Soy leal con mis amigos (as) y confío en que ellos (as) también lo son.					
27	Cuando tengo pareja me gusta compartir actividades, hobbies y proyectos.					
28	Cuando tengo pareja soy distante pues me cuesta expresar mis sentimientos.					
29	Mantengo buena relación y comunicación con mis padres y familiares.					
30	Me molesta que mis padres se entrometan en mis decisiones y amistades.					
31	Mis relaciones con profesores y/o jefes suelen ser conflictivas.					
32	Mi desarrollo depende de mí, no de las relaciones que tengo con otros.					
33	Prefiero no pensar mucho cuando tengo que tomar decisiones, sino vivir el momento.					
34	Me gusta tomarme el tiempo para reflexionar sobre mis necesidades e intereses.					
35	En el momento de tomar decisiones evalúo las alternativas considerando las emociones, sentimientos y criterios.					
36	Las decisiones más importantes de mi vida no han tenido los frutos esperados.					
37	Prefiero organizar mis ideas e identificar posibles consecuencias antes de tomar decisiones.					
38	No me gusta que los otros me digan lo que debo o no hacer.					
39	Tomo las decisiones considerando el beneficio propio y de los demás.					
40	Prefiero que otros tomen las decisiones importantes por mí para evitarme problemas.					
41	Tengo en cuenta las causas de los problemas para darles solución definitiva.					
42	Considero que los problemas son obstáculos y no oportunidades.					
43	Me siento mal pidiendo ayuda porque van a creer que no soy capaz de hacer las cosas.					
44	Me gusta que otros se ocupen de lo que tengo que hacer y estar tranquilo.					
45	Pienso que la negociación es un elemento fundamental en la solución de conflictos.					
46	Me gusta hacer las cosas por mí mismo (a) porque como yo nadie las hace.					
47	Me caracterizo por mi recursividad y flexibilidad en el momento de tomar decisiones.					
48	Tengo dificultades para crear estrategias y resolver los problemas que se me presentan.					
49	Pienso que la creatividad permite abrir puertas y ver las cosas desde una perspectiva diferente.					
50	Prefiero no emprender caminos distintos a los comunes y así no arriesgarme a que no funcione.					
51	Cuando trabajo en equipo suelo ser de los primeros que ofrecen ideas para solucionar problemas.					
52	Me esfuerzo por crear proyectos y acciones innovadoras.					
53	Disfruto transformando ideas o expresiones en historias e imágenes que otros no ven.					
54	Suelen halagarme por la estética con que creo mis trabajos y proyectos.					
55	Se me facilita relacionar lo que conozco y percibo para desarrollar nuevas ideas.					
56	No me caracterizo por ser creativo, prefiero realizar otro tipo de tareas.					

FE Y HV EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIA

Nº	ITEM	Opciones de respuesta				
		S	CS	AV	CN	N
57	Suelo analizar la información y las experiencias de manera objetiva.					
58	Prefiero no cuestionar lo que otros me dicen, ni discutir al respecto.					
59	Me gusta analizar y hacer críticas a la realidad social.					
60	Me intereso por realizar críticas al contenido de la publicidad y la información brindada por los medios de comunicación.					
61	Suelo hacerme preguntas de todo lo que me rodea, veo y escucho.					
62	Cuando no comprendo algo prefiero dejar así que investigar o preguntar.					
63	Me baso en argumentos para discutir cuando no estoy de acuerdo con algún asunto.					
64	No soy bueno participando en clase, en el trabajo y/o en casa sino que espero a que otros intervengan.					
65	Me cuesta reconocer lo que siento por otras personas.					
66	En momentos de dificultad reconozco cuando tengo emociones negativas y busco soluciones para superarlas					
67	Reconozco fácilmente las emociones y sentimientos de los demás.					
68	Suelo malinterpretar las expresiones emocionales de otros y reaccionar de forma inadecuada.					
69	Mi estado de ánimo varía con mucha frecuencia y eso me genera dificultad en las relaciones					
70	Me suelen llamar la atención por mi impulsividad.					
71	Prefiero no mostrar debilidad ante otros.					
72	Cuando siento rabia expreso mis ideas de manera imprudente e incluso agresiva.					
73	Soy consciente de que el estrés me hace daño y que debe controlarse cuando empieza a interferir con mi desempeño.					
74	Me estreso fácilmente en situaciones en que tengo poco tiempo para realizar una tarea.					
75	En situaciones difíciles me siento decepcionado de mí mismo (a), carente de control sobre mi propia vida.					
76	Cuando me encuentro en situaciones de estrés siento dolores de cabeza o de espalda.					
77	Cuando me siento presionado busco soluciones rápidas tratando de tomar el control de las situaciones.					
78	Hago esfuerzos por reducir fuentes de estrés cambiando mi estilo de vida.					
79	En momentos difíciles trato de tener pensamientos saludables y positivos.					
80	En situaciones de estrés trato de respirar profundamente hasta sentir me más tranquilo (a).					

¡Muchas gracias por su colaboración!

Apéndice H

Cuestionario de Entrevista Clínica

DATOS CLÍNICOS

Nº _____

DATOS BÁSICOS

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____
 Lugar y fecha de nacimiento: _____, ____/____/____ Religión: _____
 Instrucción: _____ Discapacidad Si No Especifique: _____
 Nº de hijos: _____ Domicilio: _____
 Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Teléfono(s): _____ Correo: _____

ÁREA DE CONSUMO Edad de inicio: _____ Tiempo de consumo: _____
 Fecha de último consumo: _____ Especifique: Tipo de droga: _____ Cantidad: _____
 Tipo de sustancias consumidas (marcar X para consumo y marcar P para droga preferida):
 Alcohol Crack Hongos PCP Otra(s): Si No
 Anfetaminas Esteroides LSD Perico Especifique: _____
 Benzodiacepinas Éxtasis Marihuana Poper _____
 Cocaína Heroína Metanfetaminas Ritalin _____
 Tabaco _____

ÁREA SOCIAL/FAMILIAR/LABORAL

1. ¿Ha estado en situación de calle? Sí No En caso de ser afirmativo, especificar:
 ¿Hace cuánto? _____ Duración _____
 ¿Cómo salió de las calles? _____

2. ¿Ha estado detenido o preso? Sí No En caso de ser afirmativo, especificar:
 ¿Hace cuánto? _____ Duración _____ ¿Cuántas veces? _____
 ¿Por qué? _____

3. ¿Trabaja actualmente? Sí No ¿En qué?: _____
 4. ¿Tiene apoyo familiar? Sí No ¿De quién(es)? _____

5. ¿Con quién(es) vive? _____

ÁREA DE SALUD

6. ¿Ha recibido ayuda para las adicciones anteriormente? Sí No De ser afirmativo, especificar:
 ¿De qué tipo? _____ ¿Dónde? _____
 Duración _____ Motivo de retiro _____

7. ¿Cuánto tiempo lleva en el actual tratamiento? _____

8. ¿Vino voluntariamente? Sí No ¿Quién lo trajo?: _____

9. ¿Tiene diagnóstico psiquiátrico? Sí No Especifique: _____

10. ¿Presenta patología médica actual? Sí No Especifique: _____

10. Antecedentes médicos

Apéndice I

Artículos del Código de Ética Considerados en la Investigación

Artículo 10: Al igual que la honradez moral, la honradez intelectual es un deber ético esencial del profesional de la Psicología. Si en el fondo aquella constituye un escrupuloso respeto por las reglas de lo justo, esta última constituye un respeto escrupuloso por la verdad, que en el Psicólogo siempre debe manifestarse en el ejercicio de todo quehacer profesional.

Artículo 11: El Psicólogo debe presentar la información psicológica de manera objetiva y precisa.

Artículo 15: El respeto a la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos donde se desempeñe como profesional, constituye uno de los más sagrados deberes del Psicólogo, quien en todo momento debe velar por el bienestar individual y social en la prestación de sus servicios a personas naturales o a instituciones públicas o privadas, y en los campos de la investigación pura o aplicada.

Artículo 57: Para proteger la integridad física y mental de la persona, la experimentación con humanos debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación, salvo los casos contemplados en el artículo anterior.
- b) Debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.
- c) Debe estar suficientemente informado acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la experimentación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de la misma.
- d) Debe garantizársele la asistencia médica y psicológica necesaria durante todo el tiempo que dure la experimentación, y aun después de concluida esta, por las consecuencias que puedan resultar de la misma.
- e) Deben establecerse procedimientos que permitan compensarle por los riesgos que se deriven de la experiencia efectuada.

Artículo 60: El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.