

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Funciones Ejecutivas, Cognición y Procesamiento Conductual en consumidores
de sustancias en tratamiento de rehabilitación

Alumno: Juan José Costa

Tutor: Dr. Pablo Gómez

Buenos Aires, 22 de Diciembre de 2020

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Objetivo General	3
2.1 Objetivos específicos.....	3
3. Hipótesis	4
4. Marco Teórico	4
4.1 Adicciones y consumo de sustancias.....	4
4.1.1 Consumo de sustancias.....	7
4.1.2 Consumo de alcohol.....	10
4.1.3 Distintos dispositivos de rehabilitación.....	11
4.2 Funciones ejecutivas.....	13
4.2.1 Atención.....	15
4.2.2 Control de los impulsos.....	16
4.2.3 Control Emocional.....	18
4.2.4 Motivación.....	19
4.2.5 Consecuencias neuropsicológicas del consumo de sustancias.....	20
5. Metodología	22
5.1 Tipo de estudio.....	22
5.2 Muestra.....	23
5.3 Instrumentos.....	23
5.4 Procedimiento.....	25
5.5 Análisis de datos.....	25
6. Desarrollo	26
6.1 Análisis descriptivo. Resultados.....	26
6.2 Las alteraciones atencionales en rehabilitación en adicciones.....	26
6.3 El control de los impulsos en rehabilitación de adicciones.....	28
6.4 El control emocional en rehabilitación de adicciones.....	31
6.5 La motivación en rehabilitación de adicciones.....	32
7. Conclusión	35
8. Referencias Bibliográficas	38

1. Introducción:

En el ámbito de la Cátedra de Neuropsicología de la Universidad de Palermo y en el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional se realizó la recopilación de datos e investigación en una institución de rehabilitación ambulatoria de drogodependencia ubicada en la Ciudad de Buenos Aires. Dicha fundación tiene más de 30 años de trayectoria en el tratamiento ambulatorio de adicciones.

El presente trabajo consistió en estudiar alteraciones disejecutivas en la cognición y la conducta en pacientes en proceso de rehabilitación, y contó con entrevistas presenciales y virtuales del pasante con los pacientes, para que los mismos contesten los cuestionarios respectivos de acuerdo a los instrumentos que fueron utilizados para la confección de dicho trabajo. El mismo se enfocó en relevar efectos del consumo problemático de sustancias y alcohol en pacientes en tratamiento ambulatorio de adicciones que actualmente llevan períodos de abstinencia mayores a un año.

La drogodependencia es una afección tanto para el individuo como para su familia. Cada vez se dan más casos donde es necesario no solo un proceso de rehabilitación, sino un correcto diagnóstico de las posibles dificultades o afecciones derivadas del consumo para un correcto tratamiento.

Las funciones ejecutivas, la cognición y el procesamiento conductual son factores que hacen al normal desenvolvimiento del sujeto y se ven sensiblemente afectados por esta problemática. En función de ello se optó por realizar el presente trabajo con el fin de analizar en profundidad la afectación de dichas funciones y poder evaluar algún potencial daño o recuperación en períodos de abstinencia mayores a un año.

2. Objetivo General:

Analizar si existen alteraciones disejecutivas en la cognición y la conducta en adolescentes y adultos en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol dentro de un dispositivo ambulatorio.

2.1. Objetivos Específicos:

-Analizar si existen alteraciones atencionales en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol.

-Analizar si existen alteraciones en la capacidad de control de los impulsos en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol.

-Analizar si existen alteraciones en el control emocional en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol.

-Analizar si existen alteraciones en la motivación en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol.

3. Hipótesis:

-Los pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol padecen alteraciones atencionales.

-Los pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol padecen alteraciones en la capacidad de control de los impulsos.

-Los pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol padecen alteraciones en el control emocional.

-Los pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol padecen alteraciones en la motivación.

4. Marco Teórico:

4.1 Adicciones y consumo de sustancias

Para Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2016) la historia de las adicciones y el consumo de sustancias viene ligado a la historia del hombre desde el comienzo de los tiempos. El fumar tabaco y marihuana, beber alcohol, mascar hojas de coca, beber preparados o pócimas, muchas veces asociadas a contextos culturales, utilizar el opio y sus derivados para combatir algunos malestares físicos y el dolor, son ejemplos bien conocidos de conductas que el individuo ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando. En la actualidad el uso frecuente de dichas sustancias y la aparición de otras más potentes y dañinas, han generado mayores conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas en un principio en el concepto de dependencia (física y psíquica), se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas y que, consumidas por un individuo, tenían la potencialidad de generar una dependencia. Una característica común y central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. El individuo con una conducta adictiva pierde el control que se tiene sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y

una disminución muy marcada de su calidad de vida. De La Cruz Pellín, Gimeno y Esteban (2002) hacen referencia y describen dichos estados provocados por el consumo basándose en criterios propios del DSM-IV, American Psychiatric Association (1994). La *dependencia* a las sustancias puede ser tanto física como psicológica. Ello depende si se ha generado una adaptación fisiológica del organismo para generar la necesidad de la acción de las sustancias, o bien provocar el estado de placer y en el caso contrario, evitar el displacer derivado de la privación del consumo. La *tolerancia* se puede medir en grados y por cada uno de los efectos de la sustancia que actúan sobre el sistema nervioso central. También se genera un proceso psicológico y fisiológico que hace necesario el aumento de la cantidad de sustancia a los fines de lograr el efecto deseado. El *síndrome de abstinencia* contiene síntomas generalmente opuestos a los efectos propios y agudos provocados por las sustancias. Aparecen cuando se da un corte en el consumo generando malestar tanto físico como psíquico.

Droga es aquella sustancia que actúa sobre el sistema nervioso desencadenando una serie de sensaciones o la modificación de cierto estado psíquico, en otras palabras cambiando el comportamiento de la persona. Para ello debemos englobar tanto las drogas de uso legal como el alcohol, tabaco y psicofármacos, como así también las sustancias ilegales como cocaína, marihuana, heroína, LSD, drogas sintéticas, etc. (Vázquez Fernández, et al., 2014).

El consumo de estas sustancias en general se encuentra vinculado a la cuarta parte de los fallecimientos anuales que se dan en América. En América del Sur ya a la edad de 15 años el 40% de los jóvenes fuman. Además se consume más de 6 litros de alcohol per cápita por año, lo que constituye la cifra más alta del mundo menos desarrollado. Se sabe que la marihuana es la droga más consumida en el planeta. Se estima que 45 millones de habitantes del continente la consumen. Si bien las consecuencias hacia la salud son menores a las provocadas por las drogas legales, las consecuencias sociales y vinculares son muchísimo mayores. Las respuestas de los estados americanos respecto al consumo de sustancias adictivas han sido realmente deficientes. El desafío radica, no solo en el control de la oferta y la demanda, sino en generar e instrumentar intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que en muchos casos se concentre en la reducción del daño (Peruaga, Rincón & Selin, 2002).

Por ello se puede afirmar que las adicciones son consideradas a nivel global como una pandemia difícil de tratar a nivel terapéutico y preventivo, con enormes consecuencias tanto a nivel del sistema nervioso central como al desarrollo normal de la

personalidad. En Sur América especialmente ataca al 16% de los jóvenes y esto se va profundizando a medida que continúa el desarrollo del individuo. Estas situaciones llevan a generar acciones y políticas tendientes desde los modelos políticos y económicos, a generar estrategias de afrontamiento. En más de 30 años las intervenciones propuestas no son suficientes elevando drásticamente la producción y el consumo. Por ello es fundamental avanzar con un mejor conocimiento de las situaciones que llevan al consumo y sus consecuencias (Erazo Santander, 2019).

Los problemas que vienen aparejados al consumo son especialmente perjudiciales a edades tempranas, más teniendo en cuenta que gran parte de los consumidores se inician en la adolescencia y hasta en edad pediátrica. Esto se da claramente en etapas del desarrollo, especialmente del sistema nervioso, generando un gran riesgo para la salud física y psíquica. El peso de la adicción propiamente dicho, los problemas emocionales que esto acarrea, la mortalidad y el sufrimiento, no solo afecta al paciente que generalmente no evalúa riesgos ni consecuencias, sino que altera todo el ámbito de la familia y su red social (Vázquez Fernández, et al., 2014).

Estudios realizados en la Argentina registran que la marihuana es la droga de mayor circulación, seguida de la cocaína entre otras. Contando un período de tiempo entre el año 2010 y el 2017 se registran aumentos continuos y sostenidos de diferentes sustancias, incrementándose por ejemplo el consumo de pasta base en un 50% y de éxtasis en más del 100%. No solo aumenta la oferta y el consumo, si no que baja considerablemente la percepción del riesgo en la población respecto a la utilización de las sustancias, y el peligro en la experimentación de nuevas drogas; agravado esto por la falta de interés e información respecto a los daños potenciales que genera el abuso de todas las sustancias. Esto se observa de forma cotidiana, entre los jóvenes de 18 a 24 años respecto a los psicofármacos, marihuana, cocaína, el tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas (Sedronar, 2017).

El consumo abusivo de sustancias, lejos de detenerse, crece con gran rapidez. No solo eso, la aparición de nuevas sustancias generan un gran desafío para todos los organismos de control e instituciones de tratamiento. Se denominan Nuevas Drogas Psicoactivas a todas aquellas que no aparecen reguladas por la Convención sobre Drogas Psicotrópicas de las Naciones Unidas 1971 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2013). Se puede referir a diferentes sustancias con moléculas no fiscalizadas que pretenden copiar los efectos psicoactivos de otras sustancias. Se pueden incluir a esta categoría no sólo drogas de nuevas síntesis, sino además diferentes variantes de

consumo de las drogas ya conocidas. En esta línea es donde Internet es la gran protagonista y desarrolla un papel fundamental, ya que a través de la red se da con mucha facilidad la obtención de drogas nuevas y tradicionales, promocionadas como euforizantes o energizantes legales, suplementos alimenticios y hasta como sales de baño. Además pueden encontrarse innumerables páginas web que indican dosis, tipos y formas de nuevos consumos, como así también combinaciones, efectos esperados y complicaciones posibles. Habitualmente no se indica la combinación exacta ni se identifican componentes, lo que hace más peligroso su consumo, donde la adulteración de ciertas sustancias se da frecuentemente (Dolengevich Segal, Salgado, Ramírez & Sánchez Mateos, 2015).

Toda la información obtenida ayuda a comprender la importancia del fenómeno que muta tanto como varían las sustancias y sus nuevas formas de consumo, incluso los perfiles epidemiológicos de los consumidores se modifican. Todo esto conlleva la obligación de actualizar los conocimientos a efectos de atender las posibles y novedosas complicaciones médicas y psicopatológicas (Kersten & McLaughlin, 2015).

4.1.1. Consumo de sustancias

Hoy en día la prevalencia y el uso indebido de sustancias psicoactivas se transformó en un gran problema de la sociedad toda. A dicho problema se le atribuyen innumerables dificultades en la salud y alteraciones neuropsicológicas y comportamentales en sus consumidores, lo que genera importantes inconvenientes en el ámbito académico, laboral y social, además de la propagación de algunas enfermedades infecciosas. Más allá de las consecuencias citadas, el consumo, el abuso y la dependencia de las sustancias psicoactivas aumenta día a día en el mundo entero. Diferentes estudios indican la existencia de factores psicológicos, socioculturales y biológicos, vinculados al consumo. La familia tiene una importante relevancia en este plano, situaciones como la violencia doméstica y familiar, una inadecuada crianza con modelos de padres asociados al consumo de sustancias, son potenciales factores de riesgo. En consecuencia, y debido a esta importante problemática social, surgen diferentes clases de clínicas, instituciones, hospitales, comunidades terapéuticas, y diferentes dispositivos terapéuticos con el objetivo de poder ayudar a los adictos a rehabilitarse, y así poder lograr una estructura de vida que acompañe la adquisición de nuevos hábitos de vida, la reconstrucción de valores y vínculos sociales y familiares, y

actitudes proactivas de sujetos con problemas de consumo de sustancias psicoactivas (Medina Pérez & Rubio, 2012).

Algunos autores como Varela Arévalo, Salazar Torres, Cáceres de Rodríguez y Tovar Cuevas (2007) consideran de importante relevancia la incidencia de factores interpersonales, conductuales, biogenéticos y socioculturales, en las conductas de consumo. Otros sin embargo caracterizan dichas conductas y las relacionan con efectos provenientes de factores socio ambientales, factores demográficos, y otros factores que tienen que ver con las conductas y contextos del individuo. Dichos factores que se relacionan directamente con lo conductual e individual del sujeto, pueden ser agrupados según su carácter en familiares, escolares, psicosociales y socio comunitarios, o bien factores que se vinculan con el malestar que predispone a la naturalización del consumo de sustancia y con su consumo en sí. Cuando se habla de factores individuales se hace referencia a las conductas antisociales, la baja adherencia al cumplimiento de normas convencionales, el bajo control de sí mismo, las escasas herramientas y estrategias de afrontamiento, la baja comunicación con el contexto, la apatía y la baja autoestima, entre otros (Díaz Negrete & García Aurrecoechea, 2008)

Como consecuencia del impacto social que se produce por el consumo y abuso de sustancias psicoactivas es importante estudiar y analizar a partir de factores tanto científicos como sociales y políticos. Por lo tanto, y teniendo en cuenta las consecuencias del consumo en la vida de los sujetos y las comunidades, así como los perjuicios ocasionados por dichas conductas, es que se insiste en la inclusión de esta problemática en la agenda de las políticas públicas especialmente las del sector salud (Pacheco Ferreira, 2019).

Respecto a las sustancias en particular se podría citar a la marihuana, tal como refiere Volkow (2015), por ser la sustancia más popular de consumo en todo el mundo. El delta-9-tetrahidrocannabinol -o como se lo conoce popularmente como, THC- y otros químicos derivados de los cannabinoides en la marihuana, son químicamente similares a algunas sustancias cannabinoides que el cuerpo produce naturalmente. Estos cannabinoides endógenos pueden afectar las zonas del cerebro que se encuentran comprometidas con la memoria, la concentración, el placer, la coordinación, el pensamiento, el movimiento y percepción tanto temporal como sensorial. Torres y Fiestas (2012) enumeran una serie de efectos producidos por el consumo de dicha

sustancia. Respecto a la memoria estudios en los que participaron tanto animales como humanos voluntarios, muestran que los cannabinoides tienen principalmente efectos observables tanto en la memoria a corto plazo como en la memoria de trabajo. Los estudios muestran respecto a la atención, que el consumo de marihuana causa una alteración de la atención transitoria que se da de forma evidente a los siete días de haber consumido, aunque se ve que desaparece a los veintiocho días. Por otro lado, se presentan estudios realizados con usuarios de cannabis comparados con no usuarios, donde no se han encontrado diferencias en las pruebas neuropsicológicas, con una de atención atribuible a un uso habitual o crónico de dicha sustancia. En lo que respecta a la toma de decisiones y para explorar estos procesos, los estudios en su mayoría utilizan sistemas de recompensa inmediata e impulsividad. Ha sido descrito que el consumo abusivo y/o crónico de marihuana aumenta considerablemente la posibilidad de elegir las conductas emparentadas con el mayor riesgo. Por ejemplo, al elegir entre dos opciones para acrecentar las ganancias económicas, los sujetos que usan marihuana acostumbran a escoger las alternativas asociadas a grandes pérdidas de dinero, conductas que sugieren que estos individuos son de tomar decisiones riesgosas impulsivamente (Torres & Fiestas, 2012).

La cocaína es otra de las drogas más populares consumidas en el mundo. Sus efectos tienen que ver con el bloqueo de los transportadores de monoaminas, como la dopamina y la noradrenalina. Dichos efectos se dan mediante una serie de cambios relevantes que se producen en el cerebro como consecuencia de la inhibición de estos transportadores, como son las alteraciones en las vías de recompensa, la organización cortical, las trofinas cerebrales y la barrera hematoencefálica. Estos cambios se asocian a los procesos de adicción y al daño neuronal inducidos por el consumo de la sustancia. El consumo de cocaína conlleva un factor de riesgo significativo para la generación de alteraciones no sólo psiquiátricas, sino también del área neurológica. Además del desarrollo de enfermedades cardiovasculares, la cocaína puede provocar enfermedades de naturaleza cerebrovascular. Tal como se venía citando, el consumo de cocaína debido a sus efectos en la vasculatura cerebral, tiende a generar alteraciones de diversa gravedad en la densidad de las neuronas ubicadas en las zonas frontales y pre frontales como así también en la expresión de factores tróficos cerebrales y en la funcionalidad cerebral en su conjunto (Urigüen & Callado, 2010). Son conocidos los efectos inmediatos del consumo de cocaína. La vasodilatación, sensación de euforia y agitación

general, son algunos de ellos. Por otro lado, la sintomatología cardiovascular más habitual generada por el consumo de la sustancia conlleva la aparición de palpitaciones, bradicardia, arritmias, taquicardia, endocarditis, miocardiopatías, miocarditis e infartos agudos de miocardio (Flores, 2008).

Las sustancias alucinógenas como el ácido lisérgico entre otras, y las drogas sintéticas cambian su composición química constantemente, aunque todas generan daños severos principalmente a nivel del sistema nervioso, no se puede determinar con precisión las afecciones físicas y psicológicas que pueden ocasionar en los sujetos que las consumen (Villacís García, 2013).

4.1.2. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol como problema de salud pública es conocido por los graves inconvenientes que provocan generando alteraciones en las funciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales. Esto genera en el individuo toda una serie de fenómenos que alteran su contexto incluyendo: fracaso intelectual, dificultades en habilidades psicológicas como percepción y razonamiento, y afecciones en la salud adulta desarrollando enfermedades mentales y otras afecciones físicas, por lo que es considerado como una sustancia dañina para la salud. De todas formas e independientemente de los daños que puede provocar, la conducta del consumo de alcohol sin embargo, tiene alta prevalencia (Villegas Pantoja et al., 2013).

En concordancia con Monteiro (2007), el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para el aumento de la morbilidad en toda América. El consumo y los patrones que lo caracterizan, derivan en múltiples trastornos y muertes relacionadas con el mismo. Las lesiones intencionales y no intencionales representan el 60% de las muertes vinculadas con el alcohol, afectando principalmente a hombres de entre 15 y 44 años, significando ello un perjuicio para jóvenes y adultos en sus años de vida más productivos (Salcedo Monsalve, Palacios Espinosa & Espinosa, 2011).

Para De La Fuente (2013) el consumo abusivo de alcohol y sus consecuencias dependen de una mayor proclividad en ciertos sujetos. Por ello es importante y se hace necesario que en el estudio de dicha problemática se tengan en cuenta factores de la personalidad y genéticos, en particular los segundos ya que los primeros pueden ser responsables o predisponen a sufrir otros trastornos mentales y conductuales. Esta predisposición genética puede además favorecer algunas cuestiones químicas de la sustancia. El alcohol, ya que es una molécula simple y soluble en agua y en lípidos, es

permeable a través de la membrana celular y se difunde fácilmente a través de ella entrando rápidamente en mediación con el sistema. La sustancia se distribuye por todos los tejidos y el cuerpo, transportándose rápidamente al cerebro. El etanol (alcohol) tiene una rápida absorción gastrointestinal, especialmente del tracto superior. La absorción de dicha sustancias aumenta y se potencia dependiendo de la cantidad ingerida y el tiempo previo de la ingesta de alimentos del sujeto, ya que se absorbe en mucho menos tiempo con el estómago vacío. Estas circunstancias hacen que el pico de concentración en la sangre se dé entre los 30 y los 90 minutos de su ingestión.

Está ya probado que el consumo en exceso de alcohol provoca una disminución de funciones agudas y crónicas del cerebro, generando diferentes trastornos en el sistema nervioso central, presentando alteraciones desde un principio en la memoria y en las funciones intelectuales como el cálculo, la comprensión y el aprendizaje. A nivel del sistema hepático, el metabolismo del alcohol, puede producir un hígado graso alcohólico, aumentando su tamaño, y con la posibilidad de terminar en una necrosis e inflamación grave del hígado; a esto se la llama hepatitis alcohólica, y la continuidad en el consumo desembocaría casi irremediablemente en la cirrosis. El consumo abusivo de alcohol también ha estado relacionado con el aparato circulatorio, especialmente con alteraciones del miocardio presentándose fallas en el normal funcionamiento del músculo cardíaco (Duque, 2005).

Independientemente que el consumo se inicia generalmente en la adolescencia y experimentando con diferentes sustancias, es sin duda el alcohol una de las sustancias que sirve de puerta de entrada al consumo de otras aún más peligrosas (Posada Villa, Herazo & Campo Arias, 2009)

4.1.3. Distintos dispositivos de rehabilitación

De toda la bibliografía consultada y específicamente la desarrollada por los siguientes autores: Stagnaro (2012), Fiestas y Ponce (2012), Solano Melo (2017) y Calvo García, Costa Ribot y Valero Piquer (2016), se desprende que dentro del amplio conjunto de dispositivos de rehabilitación más utilizados a nivel mundial, se podría focalizar particularmente en tres de ellos. La comunidad terapéutica, el hospital de día y el tratamiento ambulatorio parecen ser los más aceptados para el tratamiento de las adicciones en general.

Estos dispositivos tienen las siguientes características. La comunidad terapéutica es un centro residencial. Con esto se podría decir que el paciente pasa todo el día o la

mayor parte del mismo, o sea que pernocta, reside en la institución. El ingreso es voluntario y el tratamiento en principio tiene una duración determinada, con un perfil concreto de trabajo y con la intervención de un equipo multidisciplinario, donde no solo se trabaja sobre la adicción propiamente dicha, si no que se opera sobre el re aprendizaje social y la reinserción en la vida vincular y laboral. En dicha institución el paciente además de tener sus propios espacios terapéuticos, cumple con una serie de actividades que tienen que ver con talleres, espacios sociales, de reflexión y deportivos. Además comparte responsabilidades con todos los pacientes que conviven en la comunidad y que tienen que ver con el cuidado y funcionamiento de la residencia, participando de diferentes actividades como la limpieza, el orden, la cocina, la lavandería, etc. (Comas Arnau, 2008)

Tal como refieren Lasala, Galloni y Mante (2012), el hospital de día surge en el ámbito de la psiquiatría. El paso del tiempo trajo aparejada la idea del hospital de día como un espacio de trabajo para tratar diferentes problemáticas, entre ellas el consumo problemático de sustancias. Con un formato de asistencia diaria, no solo los hospitales de día comenzaron a trabajar, si no que algunas comunidades terapéuticas brindan esta alternativa además de su clásico modelo residencial. La alternancia del paciente con sus idas y venidas entre la institución y su medio socio familiar, evitan la desinserción social y la depositación propia de la hospitalización a tiempo completo, o sea la internación. El dispositivo del hospital de día no se opone ni sustituye a la hospitalización total en unidades especializadas. Todo ello depende de los diagnósticos realizados y claro está, las diferentes formas de abordaje tienen sus indicaciones. Como se venía describiendo los beneficios principales del hospital de día tienen que ver con evitar la desinserción del sujeto de su medio habitual de vida, evitando los tiempos inactivos propios de la internación total o la internación en hospitales psiquiátricos, entre otros, participando además de actividades similares a las de la comunidad terapéutica (Stagnaro, 2012).

Por último, en lo que respecta a los diferentes dispositivos, se debe describir las características propias del dispositivo ambulatorio. A diferencia de la comunidad terapéutica y el hospital de día, el tratamiento en una institución con un dispositivo ambulatorio exige diferentes cuidados que involucran a la red y al contexto vincular del paciente. Además la tarea en conjunto de un equipo interdisciplinario son necesarios para resolver los dificultades que se presentan en el tratamiento ambulatorio de las adicciones. La pericia y excelencia del equipo interdisciplinario tratante, es

determinante en la efectividad del tratamiento del paciente y su familia (Agrelo, Sgró, Cappa & Ojeda, 2016). Y no solo ello, la mayoría de los dispositivos de atención e intervención ambulatoria, demandan la presencia de un adulto responsable como apoyo externo en el tratamiento del paciente. Esto sumado al funcionamiento de los grupos terapéuticos, que son muy variados en las instituciones, con la participación coterapéutica del paciente hacia los compañeros, completan el sistema y lo presentan como una alternativa válida para el tratamiento de las adicciones (Romero, 2008).

Está probado que los resultados de las pruebas de rendimiento en funciones neuropsicológicas en pacientes con 12 meses de tratamiento de rehabilitación en consumo en sustancias, es positiva. En líneas generales resulta favorable la evolución de las funciones ejecutivas en pacientes consumidores de cocaína con un período de tratamiento de un año. Esta evolución positiva abarcaría a funciones tales como la atención, la recuperación de información, estrategias de búsqueda, velocidad de procesamiento de la información y la capacidad de inhibir conductas impulsivas (García Fernández et al., 2010).

La terapia de rehabilitación cognitiva aparece como alternativa terapéutica para el tratamiento de las adicciones en general, no importa en el dispositivo en el que se aplique. Se encuentran importantes pruebas que evidencian la eficacia y utilidad de diferentes abordajes terapéuticos en los tratamientos de rehabilitación. Lo que las investigaciones en esta temática sugieren es que la utilización de programas de rehabilitación cognitiva más la abstinencia del consumo, no solo revierten los déficits generados en las funciones ejecutivas, sino que generan más adhesión al tratamiento, mayor compromiso y un importante aumento de la motivación (Pedrero Pérez, Rojo Mota, Ruiz Sánchez de León, Llanero Luque & Puerta García, 2011).

4.2. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas acaparan un grupo de herramientas y habilidades cognitivas cuyo sentido de existencia radica en la adaptación del sujeto a su contexto y particularmente a situaciones complejas y nuevas. Estas situaciones llevan al sujeto más allá de la producción de conductas automáticas y habituales. Una gran cantidad de destrezas están incluidas en el conjunto de las funciones ejecutivas, estas pueden ser el desarrollo de planes de acción, la inhibición de respuestas automáticas, la fluidez verbal y la flexibilidad de pensamiento, entre otras. Las funciones ejecutivas han estado en el foco de la discusión de algunos autores con respecto a su naturaleza unitaria es decir

que poseen un tronco común y se encuentran interrelacionadas entre sí. Otros autores proponen una idea distinta y apuntan a la idea de la fragmentación, toda vez que entienden que para realizar alguna tarea ejecutiva se requiera de una sola capacidad cognitiva de referencia. Las funciones ejecutivas tienen sus bases neuronales en los lóbulos frontales, y esto se fue conociendo debido al trabajo con pacientes con cambios conductuales y con lesiones y trastornos típicos de dicha área cerebral (Cock, Matute & Jurado, 2008).

Las diferentes investigaciones alrededor del concepto de funciones ejecutivas han tomado especial relevancia en los últimos años debido al avance que han tomado las neurociencias. De forma más concreta, la neuropsicología que se ha transformado en una de las más importantes y se ha constituido como uno de los principales focos de investigación. Dentro de la neuropsicología, y de manera general, el primordial objeto de estudio son las funciones intelectuales superiores, de donde se desprenden innumerables investigaciones respecto a las llamadas funciones ejecutivas. Dichas funciones son consideradas como el conjunto de capacidades mentales responsables de la planificación, la organización, la generación de estrategias a los efectos de poder llevar adelante acciones tendientes al desenvolvimiento de cualquier individuo en el día a día (Muñoz García & Graña Gómez, 2011).

Estas acciones, que participan en la anticipación y el planteamiento de fines y objetivos, el diseño de estrategias, la capacidad inhibitoria de conductas inadecuadas, la correcta elección de conductas, la maleabilidad en la cognición que genera la activación de estrategias, la revisión de las conductas de acuerdo a los estados motivacionales y afectivos y la toma de decisiones, se definen como modelos de acción personales que posibilitan la potenciación general de las consecuencias sociales, una vez que las consecuencias mediatas e inmediatas de dichas acciones se consideran simultáneamente (Verdejo, Orozco Giménez, Meersmans Sánchez Jofré, Aguilar de Arcos & Pérez García, 2004).

Aunque se considere que el concepto de funciones ejecutivas por momentos suene algo impreciso, ya que se consideran diferentes conjuntos de procesos no tan especificados, se podrían describir las más estudiadas que son la planeación, la flexibilidad mental, el control inhibitorio, la memoria de trabajo, el procesamiento riesgo beneficio y la abstracción (Flores Lázaro & Ostrosky Solís, 2012). La Planeación, elemento excluyente de toda organización conductual, requiere de la aptitud de secuenciar una serie de conductas y actividades en un orden específico. Esto requiere

la fijación de un objetivo y el mantenimiento de dichas conductas para lograr ese objetivo (Ardila & Solís, 2008). La Flexibilidad Mental se podría definir como la aptitud para poder variar de un esquema de acción a otro, o pensamiento de acuerdo a la evaluación que se haga de los resultados no eficientes, o de los cambios en el contexto, y esto requiere la capacidad de inhibir acciones y poder así modificar la estrategia (Flores Lázaro & Ostrosky Solís, 2012). El Control Inhibitorio es la función ejecutiva que se ocupa de frenar conductas ya que detiene la respuesta automática frente a un estímulo para responder de forma adecuada. De esta manera se pueden controlar los impulsos tanto internos como externos, y así dar una correcta respuesta conductual en nuestro contexto (Ramos et al., 2016). La Memoria de Trabajo nos posibilita poder recordar la información, aunque es limitada y susceptible de recibir interferencias. Esta debilidad del proceso le impone un carácter de enorme flexibilidad, que nos permite estar siempre permeables a la recepción de nuevos estímulos. Baddeley (1983), define a la memoria de trabajo como el proceso de almacenamiento temporal de información que posibilita contener al mismo tiempo datos de información en la mente, contrastarlos, compararlos y relacionarlos entre si, además de manejar información fundamental para los mecanismos cognitivos de alta complejidad (Etchepareborda & Abad Mas, 2005). El Procesamiento Riesgo-Beneficio, es el proceso por el cual se evalúan las decisiones a tomar tanto personales como sociales y laborales, todas ellas basadas en cuestiones afectivas y psicológicas. Se destaca en este proceso el modelo de marcadores somáticos de Damasio (1994), para poder relacionar un estado fisiológico afectivo con una conducta o situación contextual o social determinada. Y como último elemento se podría definir a la Abstracción como la capacidad de mantener el pensamiento abstracto a los efectos de tomar cierta distancia de las situaciones reales y poder pensarlas desde esos aspectos que tienen ocultos o que no se perciben con claridad (Flores Lázaro & Ostrosky Solís, 2012).

4.2.1. Atención

Entendemos a la atención como el proceso involucrado en el establecimiento de un orden prioritario en el tiempo para las respuestas que el sujeto debería dar por los estímulos recibidos en su contexto. En otras palabras es la acción responsable de ordenar, priorizar secuencias temporalmente, dando para cada situación particular, una adecuada respuesta. Podemos decir que es una propiedad del sistema nervioso que orienta las acciones del cuerpo y del cerebro. Esto representa establecer una dirección

de la concentración hacia una tarea por un lado y por otro lado hacia la inhibición de las actividades de competencia, o estímulos irrelevantes (Ramírez, 2013).

Para Knudsen (2007), la atención es uno de las funciones esenciales neurobiológicas de la experiencia consciente. Es un proceso cognitivo con innumerables mecanismos neurales. La atención no es un constructo unitario, ya que se divide en múltiples componentes que reflejan su complejidad. La mayoría de las teorías sobre la atención refieren al término *arousal*, que tiene como principal característica la preparación fisiológica para recibir y percibir estímulos del ambiente ya sean ellos internos o externos. Altos niveles de arousal dificultan el adecuado funcionamiento del sistema nervioso. Tal como se venía citando la atención es un grupo de procesos complejos. Es discutido el grado de solapamiento entre este tipo de procesos cognitivos y las funciones ejecutivas, pero entendemos que las funciones ejecutivas utilizan estos recursos atencionales como recursos mnésicos con el objetivo de proporcionar un espacio operativo y un contexto de integración para mejorar la ejecución de su función en la demanda y el contexto actual (Verdejo García & Bechara, 2010).

La atención es en sí misma un conjunto de funciones que incluirían a la focalización, a la ejecución, la alternancia o cambio, a la atención sostenida, la estabilidad y a la codificación. Cada una de ellas puede ser evaluada con diferentes instrumentos de análisis y medición. Las funciones de la atención se encuentran funcionalmente distribuidas en diferentes zonas cerebrales que se habrían especializado para conformar parte de un sistema. Justamente cuando se presentan daños o disfunciones en dichas zonas cerebrales, seguramente estamos en presencia de déficits específicos de una función atencional determinada. La organización de este conjunto de funciones atencionales lleva en sí mismo una flexibilidad donde algunas estructuras se encontrarían en condiciones de sustituirse unas a otras en caso de lesión o daño (De la Torre Benítez, 2002).

La teoría atencional de Posner propone clasificar a la atención en base a tres funciones fundamentales. La primera es la función que tiene relación directa con la orientación espacial, llamada red atencional posterior, la función de alerta o red de vigilancia y la ligada estrechamente a las funciones ejecutivas que es la red anterior o de control ejecutivo. Esta última función se ocuparía de realizar el control voluntario sobre la planificación de conductas que tienen que ver con la resolución de problemas y la generación de ciertas estrategias para el afrontamiento de situaciones derivadas de los

estímulos recibidos por el sujeto, o situaciones que impliquen la generación de conductas novedosas (Funes & Lupiáñez, 2003).

4.2.2. Control de los impulsos

La impulsividad se entiende como la acción reactiva rápida y no planificada ante los estímulos tanto externos como internos, en la que no se toman en cuenta las consecuencias negativas desencadenadas, y que pueden afectar estas tanto al propio sujeto como a terceros. La representación clínica de la impulsividad tiene varias formas de manifestarse, y una de las más comunes es la violencia o conductas agresivas, independientemente que existen otras formas de manifestar la impulsividad sin agresividad (Grau López & Casas, 2009).

Medina, Moreno Lillo y Guija (2017) señalan que cuando se habla de impulsividad es necesario tener en cuenta que podemos referirnos a un fenómeno conductual que puede ser patológico o no, es más, puede ser parte de nuestra personalidad o naturaleza. O sea, que se puede ser más o menos impulsivo como rasgo de una personalidad normal. La impulsividad hasta puede ser beneficiosa en contextos adversos y funcionar como respuesta adaptativa. Al margen de tomar a la impulsividad de la manera referida, en mayor o menor medida como rasgo de personalidad normal, hay trastornos psiquiátricos y diferentes patologías íntimamente relacionadas con su presencia. Por ejemplo el trastorno por consumo de sustancias puede englobarse también en una categoría clínica de trastorno del control de los impulsos, que se caracterizan por la incapacidad de reprimir ciertas conductas o tentaciones de llevar adelante ciertos actos y conductas que pueden afectar al sujeto o a terceros aún en contra de su voluntad, tal como referían anteriormente Grau López y Casas (2009). El individuo experimenta una tensión o activación interna antes de manifestar su conducta, percibiendo gratificación o una sensación liberatoria durante el proceso de la acción impulsiva. Luego de dicho acto impulsivo el sujeto es susceptible o no de vivir sentimientos de culpa. (Pérez, et al., 2007). El control de los impulsos representa un área compleja e interesante dentro del ámbito de la Psiquiatría, más teniendo en cuenta que se les ha relacionado con comportamientos impactantes en la sociedad, como es el caso de las conductas violentas, la agresividad, los actos sin control o lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (Medina, Moreno Lillo & Guija, 2017)

Dentro del ámbito del control de los impulsos, la impulsividad se tiene en cuenta en los diferentes manuales como un elemento casi excluyente de diferentes

trastornos, como los vinculados al uso y abuso de sustancias, trastorno antisocial o disocial de la personalidad y trastorno límite de la personalidad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, y los trastornos del control de los impulsos, entre otros. Asimismo, hay investigaciones que demuestran una relación causal de la impulsividad como factor de riesgo en los trastornos por abuso de sustancias. Además existe la circunstancia de cómo el propio abuso prolongado en el tiempo de sustancias aumenta el rasgo impulsividad y, por intermedio del mismo, podría beneficiar el mantenimiento en la drogodependencia dificultando el cese del consumo de las sustancias (Tiffon Nonnis, 2009).

4.2.3. Control emocional

El término *emoción* recorrió y recorre un amplio camino entre la psicología y la filosofía, no logrando un significado preciso y donde se han dicho innumerables sutilezas y ambigüedades a lo largo de los años. Si se quiere algo más concreto y literal se puede ir al diccionario. La Real Academia Española (2020) la define de la siguiente manera: “Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa que va acompañada de cierta conmoción somática”.

En el plano mental se podría utilizar el término *emoción* para referirse a un sentimiento y a sus pensamientos característicos derivados de este, y a diferentes estados psicológicos y biológicos. Existe una gran cantidad de emociones junto con sus matices y combinaciones. Existen para identificar las emociones muchas más teorías y sutilezas de las que se podrían citar. Aún se discute cuales son las emociones primarias y las secundarias, aunque se podría hacer una diferenciación entre ellas. Las primarias se caracterizan por tener desencadenantes universales, expresiones faciales características, son rápidas y de inicio rápido respecto al estímulo; las secundarias no poseen desencadenantes universales, varía la forma en que las personas responden a ellas, son sostenidas y duran más tiempo. Por ejemplo el miedo es primaria y la vergüenza es secundaria. Entre las emociones primarias se encuentran el miedo, la ira, la tristeza, el asco, la felicidad y la sorpresa (Goleman, 2000).

Ahora bien, se puede definir al control emocional como la aptitud o capacidad de regular adecuadamente estas emociones (Galarza & Salas, 2015). Cuando se habla de control emocional en el ámbito de las conductas derivadas del consumo, la hipótesis del marcador somático toma especial relevancia. La misma postula que los individuos no solo toman las decisiones de acuerdo a sus consecuencias o a la posibilidad de éxito en

sus objetivos, sino también y sobre todo por la carga emocional que poseen los términos de la decisión a tomar. Tomando la hipótesis del marcador somático y aplicándolo al consumo problemático de sustancias, la recurrencia en el consumo se explicaría como una insuficiente puesta en marcha del conjunto de los estados emocionales comprometidos en la experiencia subjetiva de los impulsos que implica la toma de decisiones. En otras palabras, el propio consumo actuaría inhibiendo los estados emocionales que permitirían el registro de los mismos con situaciones particulares, alterando la anticipación de consecuencias de diferentes eventos para la toma de decisión (Villalba Ruiz & Verdejo García, 2011).

4.2.4. Motivación

En el ámbito de las adicciones en general, es habitual cruzarse con pacientes clasificados como impulsivos, incapaces de anticipar sus conductas y las consecuencias de las mismas, de planificar, de perseguir un objetivo, con muchas dificultades a la hora de empatizar, y especialmente con una completa falta de motivación. Esta apreciación de las características del individuo drogodependiente no deja en claro el concepto de motivación. Se podría definir a la motivación como el proceso multideterminado que energiza y determina la conducta para la realización de algún acto placentero o la evitación de alguna conducta que pueda generar algún perjuicio al individuo. En esta línea de ideas podemos advertir que el concepto de motivación se acerca al concepto más clásico de voluntad. Durante años se viene trabajando con los drogodependientes sobre un modelo cognitivo que lleve al individuo a inhibir todo tipo de conductas que los lleven directamente al consumo, desatendiendo el componente emocional que es el elemento principal para la generación de una potenciación de la motivación como energía para el cambio y su mantenimiento (Tirapu Ustárroz, Landa & Lorea Conde, 2003).

Para Vazquez (2009) lo motivacional de ninguna manera puede estar separado de lo volitivo, sino que es un aspecto de este. La voluntad no puede tomarse solamente como la fuerza para realizar simplemente una actividad, sino que debe tomarse como una aptitud dual: afectivo-tendencial. La motivación pertenece al momento afectivo, en la cual se vive el valor de lo esperado, el vínculo generado entre lo real y la propia subjetividad. De ello se genera la base del carácter finalista, un propósito, el basamento de la conducta. Con esto se puede decir que la respuesta afectiva activa a la tendencia que deriva en una intención, a una decisión que desemboca en el curso de una acción.

Ello sostenido por el valor que representa el conseguir el objetivo es precisamente el corazón del aspecto dinámico de la conducta. Podemos afirmar entonces que la verdadera naturaleza de la motivación podría darse por el vínculo interaccional de lo cognitivo y lo dinámico, entre lo afectivo y lo tendencial. En el estudio de la motivación ocupan un espacio central los procesos por los cuales las necesidades, lo esperado, se transforman en objetivos y planificaciones de la acción. Por ello se puede decir que la motivación es el aspecto dinámico y direccional de la conducta.

Resulta clara la definición y la relación de la motivación con la voluntad, aunque sería necesario clasificar a la motivación para entender cómo la misma se construye y funciona como motor de la conducta. La motivación puede ser intrínseca o extrínseca. La motivación intrínseca está sustentada en factores espontáneos e internos del individuo como ser la curiosidad, el autodesafío, el esfuerzo personal, la autodeterminación, las tendencias internas y necesidades personales, sociales y psicológicas que promueven la conducta sin ningún tipo de recompensa externa. En el caso de la motivación extrínseca se da lo contrario. La conducta del sujeto pierde autodeterminación, se modifica la autonomía del sujeto persiguiéndose un beneficio externo (Dominguez Alonso & Pino Juste, 2014).

4.2.5. Consecuencias neuropsicológicas del consumo de sustancias

Tal como indican Moreno Carmona y Palomar Lever (2017), las diferentes clases de sustancias impactan y modifican varios sistemas y funciones orgánicas, especialmente del sistema nervioso con consecuencias muy severas para el individuo y su entorno. Y sin dejar de lado la importante participación de los factores medioambientales que contienen una importantísima interacción entre el cerebro y una serie de componentes biológicos, psicológicos y sociales del contexto del individuo. Definitivamente no nos encontramos en presencia de un factor que determine por sí solo que el sujeto desarrolle dependencia a las drogas. De todas formas, la ciencia ha señalado una variedad de factores de riesgo que generan el desarrollo de la adicción. Uno de los más importantes es la edad de inicio en el consumo. Un trabajo importante a realizar para poder afrontar esta situación de salud pública es caracterizar y cuantificar el daño que dicho abuso produce en nuestro cerebro y en nuestras conductas. La evaluación del daño generado a las funciones ejecutivas causada por el abuso de drogas resulta fundamental, toda vez que dichas alteraciones determinan el pronóstico de una evolución de la dependencia. El consumo de sustancias genera deterioro

neuropsicológico debido a diferentes cambio químicos que derivan en diferentes mecanismos de acción que afectan a las funciones ejecutivas y modifican las conductas de los individuos (Coullaut Valera et al., 2011).

Se ha estudiado que el consumo de sustancias en el cerebro puede dañar funciones y habilidades neuropsicológicas de la toma de decisiones adaptativas y de la regulación y control de la conducta; y que esto alimenta circularmente el proceso mismo de la adicción. Además dichas alteraciones estarían relacionadas con problemáticas tales como la falta de motivación y voluntad, la falta de atención, la tendencia a la perseveración al momento de enfrentar contingencias, la incapacidad de corregir errores y generar estrategias diferentes, la impulsividad y un claro desajuste social (García Fernández, García Rodríguez, Secádes Villa, Fernández Hermida & Sánchez Hervás, 2010).

En el caso puntual del alcohol, Herreras (2008) refiere que desde que Sergei Korsakoff en 1890 describió el síndrome amnésico que se bautizó con su nombre, han sido muchos los estudios que tratan de determinar las afectaciones neurológicas y de la función ejecutiva en los individuos con consumo problemático de alcohol (Landa, Fernández, y Tirapu, 2004). El estudio del déficit en el proceso ejecutivo vinculado al consumo de alcohol cuenta con una larga trayectoria, sin embargo, ha sido en las últimas décadas cuando se han desarrollado los principales estudios sobre los déficit neuropsicológicos en el alcoholismo y en el consumo de otras sustancias (Landa, Fernández, Tirapu, López, Castillo y Lorea, 2006). Dentro de estos los principales daños detectados afectan a la atención, a la memoria y las funciones ejecutivas relacionadas con la organización, la autorregulación, la planificación, el control de impulsos y la toma de decisiones. Por otro parte, siendo el cerebro el responsable de regular las emociones, también resulta afectada esta área, dándose en estos casos sensaciones de angustia difícilmente controlables. Generalmente los consumidores adictos crónicos o aquellos que mantienen una conducta de ingesta en importantes cantidades y continuada en el tiempo, sufren patologías mentales graves y crónicas como ciertas demencias o paranoia. Las lesiones que se generan en el cerebro son irreversibles. Algunas de las capacidades perdidas o alteradas nunca se recuperan a niveles normales. Estos daños descriptos entorpecen e interfieren negativamente en el aprendizaje y en el rendimiento académico principalmente (Herreras, 2008).

El consumo de diferentes sustancias psicoestimulantes se ha vinculado con alteraciones neuropsicológicas en innumerables investigaciones, donde en la mayoría de

los casos se les ha prestado especial atención a las funciones ejecutivas. En el caso de la adicción a los derivados de opiáceos, particularmente la heroína, los efectos residuales que aparecen como consecuencia del consumo parecen afectar los procesos ejecutivos de impulsividad, de flexibilidad, de toma de decisiones y de planificación e inhibición. Además, se puede ver con asiduidad alteraciones en procesos visoespaciales, velocidad de procesamiento, memoria operativa y atención. La marihuana ha sido asociada con alteraciones temporales en velocidad de procesamiento, memoria, control ejecutivo, atención y toma de decisiones durante el consumo propiamente dicho de la sustancia y las horas y días posteriores al consumo. De todas maneras investigaciones recientes indican que la mayoría de estas alteraciones parecen recuperarse durante la abstinencia. En lo que se refiere al consumo de cocaína, los estudios realizados en su mayoría indican alteraciones en funciones ejecutivas como la flexibilidad, la toma de decisiones e inhibición de respuesta. Además aparecen alteradas las habilidades psicomotoras, la memoria y la atención (Fernández, Rodríguez & Villa, 2011).

Resulta habitual asociar el consumo de cocaína, por ejemplo, a los déficit que dañan las diferentes funciones superiores como la atención, la memoria, haciendo principal referencia a las funciones ejecutivas que incluyen las diferentes actividades cognitivas de la organización. Dentro de dichas actividades encontramos a la inhibición, a la memoria de trabajo, a la autorregulación y al control de la conducta que participan todas estas en la planificación y resolución de los problemas. (Bonet Álvarez, et al., 2015).

En lo que respecta a la marihuana, nos encontramos con múltiples estudios científicos que refieren y demuestran una y otra vez la relación que existe con un mayor o menor riesgo, entre el consumo habitual de dicha sustancia y alteraciones de conducta, cuadros psicóticos, falta de voluntad y problemas motivacionales, dificultades atencionales y problemas de concentración o síntomas cognitivos en general. Dichas investigaciones lejos de ser cuestionadas, se desarrollan con gran rigor científico (Rojo Moreno, 2019).

En el caso del consumo de cocaína se viene estudiando en profundidad no sólo el déficit en funciones ejecutivas, sino el nivel de rehabilitación de las mismas con el tratamiento y el tiempo de abstinencia. Se han obtenido resultados favorables que demuestran pruebas significativas de que el tiempo de tratamiento y abstinencia en el consumo de sustancias mejoraría el desempeño global, pero principalmente la capacidad de revertir o cambiar algún tipo de respuesta en presencia de errores. Esto invita a

pensar que es posible la recuperación en la mecánica de los procesos top down que posibilitan la detección y procesamiento de errores, así como la generación de cambios de la conducta, sustentados en la experiencia mediata. El trabajo terapéutico en los procesos de rehabilitación y la falta de drogas durante dichos procesos tienen un efecto positivo sobre las funciones ejecutivas (Carballo & López, 2014).

5. Metodología:

5.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, de carácter cuantitativo.

5.2. Muestra

25 pacientes en tratamiento ambulatorio de rehabilitación de adicciones en una institución de la Ciudad de Buenos Aires. La investigación se centró en población adulta de ambos sexos, de 18 a 54 años, 72% varones y 28% de mujeres, con más de un año de abstinencia en el consumo de sustancias y alcohol. Respecto a las sustancias en general se tomó como prevalencia la marihuana y la cocaína, por ser las drogas de consumo más popular.

5.3. Instrumentos

DAST 10, Drug Abuse Screening Test, creado por Harvey Skinner en 1982 (Bedregal, Cartel Sobell, Sobell & Simco, 2006; Gómez Maqueo et al., 2009), es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos con preguntas de respuesta dicotómica que buscan verificar trastornos psicológicos y médicos derivados del consumo reconociendo 4 niveles de riesgo. Es un instrumento con una consistencia interna alfa de Cronbach 0.89. Además, con un puntaje de corte de ≥ 3 demuestra un alto grado de correspondencia con criterios del DSM-IV, posicionándose como instrumento válido y confiable para la detección de consumo y abuso de sustancias en adultos, con un 95,04% de sensibilidad y un 95,65% de especificidad (Pérez Gálvez, García Fernández, de Vicente Manzanaro, Oliveras Valenzuela & Lahoz Lafuente, 2010). Dicho instrumento tiene una apropiada validez convergente y divergente. A nivel factorial, solamente se detectó un factor, al igual que la versión inglesa. El punto de corte

alcanzado en la muestra latina fue de 4 (puntuaciones por encima de 4 puntos estaríamos en presencia de riesgo de abuso de sustancias) (Bedregal, Cartel Sobell, Sobell & Simco, 2006).

Inventario de Rastrillaje de Marihuana (MSI-X) (Alexander & Leung, 2004), es un inventario que evalúa y califica los inconvenientes generados por el consumo de marihuana con 34 ítems de respuesta dicotómica que se responden afirmativa o negativamente, y catalogando los resultados en inexistencia de problemática, uso recreativo y/o experimental, presencia de riesgo o riesgo de consumo problemático de marihuana (Alexander & Leung, 2004). Todavía no se cuenta con algún tipo de validación en nuestro contexto. Los puntajes de corte de dicho instrumento se adaptaron con el fin de conseguir la mayor probabilidad (0,91) de exactitud a los efectos de reconocer tanto la adicción como el abuso de la marihuana, como así para potenciar al máximo su sensibilidad (0,83) y también poder maximizar su especificidad (0,89). La confiabilidad del Marijuana Screening Inventory con un alfa de Cronbach de 0,90, justifica su rendimiento como instrumento de relevamiento de dicha problemática (Alexander & Leung, 2004).

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) (Babor, Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Gómez Maqueo et al., 2009). El AUDIT es un instrumento con 10 preguntas con 5 ítems de respuesta que cataloga de acuerdo a la medida, la frecuencia y las dificultades que se presentan en el consumo básico con un bajo nivel de riesgo, el consumo medio, el consumo alto o la dependencia al consumo de alcohol (Babor et al., 2001). El presente instrumento posee una homologación al idioma español. Se desarrollaron varias investigaciones en todo el mundo validando sus propiedades psicométricas, transformándose en una herramienta adecuada para la detección de problemas vinculados al consumo de alcohol (Lundin, Hallgren, Balliu & Forsell, 2015). Existen muchas investigaciones con dicho instrumento en estudiantes universitarios, revelando una sensibilidad del (0,92) y una especificidad de (0,92) en rastrillaje de consumo problemático de alcohol (Pérula de Torres, Márquez Rebollo, Ruiz Moral, Fernández García, Arias Vega & Palomino, 2009). Con una apropiada confiabilidad (García Carretero, Novalbos Ruiz, Martínez Delgado & O'Ferrall González, 2016), dicho inventario presentó una buena consistencia interna mostrando un alfa de Cronbach de 0,75 (García Carretero et al., 2016). El AUDIT es uno de los instrumentos más populares para la detección de los trastornos

referidos al consumo de alcohol en Latinoamérica (Conde, Giménez & Cremonte, 2018).

Cuestionario Disejecutivo (DEX) (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie & Evans, 1996; Querejeta et al., 2015). El DEX es un instrumento de valoración de las conductas en presencia de síndromes disejecutivos. Consta de 20 preguntas con 5 respuestas de valoración, estilo escala Likert. Dicha herramienta realiza un paneo general de determinadas conductas dando un producto total de la escala, además de una medida de desorganización teniendo en cuenta la apatía, y otra respecto a la desinhibición/impulsividad (Wilson et al., 1996; Querejeta et al., 2015). Este instrumento posee una adecuación local y ha revelado una sensibilidad (0,9) y una especificidad de (0,7) que resultan superiores para catalogar en forma correcta diferentes grupos psiquiátricos, neurológicos o comunitarios (Shaw, Oei & Sawang, 2015). Además con estudios respecto de su consistencia interna arrojando un alfa de Cronbach de 0,91 entre otros marcadores de confiabilidad (Pedrero Pérez et al., 2009).

Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP) (Ruiz Sánchez de León et al., 2012), es un instrumento que evalúa alteraciones ejecutivas y consta de 46 afirmaciones con 5 respuestas posible de valoración en escala Likert. Aparte de un puntaje total, el dispositivo ofrece diferentes escalas separando problemas de conducta social, control ejecutivo, problemas de control emocional, dificultades atencionales y problemas motivacionales (Ruiz Sánchez de León et al., 2012). Tiene adaptación al español y comparte validez convergente respecto a escalas ejecutivas con el DEX. Este inventario es utilizado en forma recurrente para relevar todo lo que tenga que ver con alteraciones ejecutivas en un contexto de consumo de sustancias, siendo recomendado para el rastillaje de síntomas prefrontales tanto el individuos con consumo problemático, como para poblaciones con sintomatología cognitiva similar (González Roscigno, Mujica Díaz, Terán Mendoza, Guerrero Alcedo & Arroyo Alvarado, 2015). La totalidad de sus escalas presentan una apropiada consistencia interna con un alfa de Cronbach igual o superior a 0,81 (Ruiz Sánchez de León et al., 2012).

5.4. Procedimiento

El presente trabajo se llevó a cabo en una institución de rehabilitación ambulatoria de drogodependencia. La posibilidad de concretar este procedimiento se sustentó en la aprobación de las autoridades de dicha fundación. Los procedimientos los realizó el pasante mediante 25 entrevistas, 10 presenciales de una hora de duración y 15

virtuales de 45 minutos de duración, durante los meses de Marzo-Abril del 2020. El cambio de metodología en la toma de muestras se debió al comienzo de la cuarentena establecida por la pandemia del COVID 19, que llevó a la modificación de tiempos y estructura de los instrumentos. Cabe aclarar que dichas modificaciones fueron al solo efecto de las tomas y no se modificaron ni ítems ni contenido de las herramientas. Todo ello, para no influir sobre los resultados de acuerdo a la metodología de recopilación de datos. Los mismos fueron tomados de forma individual, voluntaria y anónima, en el siguiente orden: DAST-10, MSI-X, AUDIT, DEX e ISP, y se utilizaron los programas Excel y Google Forms para el relevamiento de los datos obtenidos.

5.5. Análisis de datos

Para el procesamiento de datos del presente trabajo se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 20. Se realizó un estadístico descriptivo con dicho instrumento, señalando rango, máximos, mínimos, medias y desvíos con ambos instrumentos DEX e ISP. Además se utilizaron puntajes z y se fijó el criterio que se utilizó para evaluar a los sujetos afectados (a más de un desvío de la media del grupo de referencia).

6. Desarrollo:

6.1 Análisis descriptivo. Resultados

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la muestra que reveló los siguientes datos (Ver Tabla 1 y 2).

Tabla 1

Estadística descriptiva. Resultados con puntajes brutos.

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Std.
DEX total	31	4	35	21,84	7,482
DEX apatía	18	2	20	11,24	4,558
DEX impulsividad	19	2	21	10,60	4,062
ISP total	88	4	92	38,96	18,227
ISP motivación	17	0	17	6,68	4,059
ISP control ejecutivo	22	0	22	11,88	5,652
ISP atención	12	0	12	5,64	3,040
ISP social	23	0	23	7,68	5,336
ISP emocional	19	0	19	7,08	5,307

Tabla 2

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desvío Std.
DEX total	3,13	-1,69	1,44	-,3600	,75631
DEX apatía	3,11	-1,97	1,14	-,4564	,78714
DEX impulsividad	3,66	-2,18	1,48	-,1760	,78297
ISP total	3,40	-,88	2,52	,1768	,82416
ISP motivación	3,03	-1,75	1,28	,1152	,69719
ISP control ejecutivo	3,17	-1,68	1,49	-,2344	,83482
ISP atención	2,86	-1,44	1,42	,1608	,69949
ISP social	4,67	-3,49	1,18	-,1412	1,03324
ISP emocional	3,57	-2,16	1,41	,1708	,98614

6.2 Las alteraciones atencionales en rehabilitación de adicciones

El presente objetivo buscó relevar y analizar en la muestra, la existencia de alteraciones atencionales en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol. Para la resolución del mismo se utilizaron estadísticos descriptivos; frecuencias absolutas (cantidad de casos) y frecuencias relativas (porcentajes). (Ver Tabla 1 y 2)

Se consideró que los problemas atencionales reportados por cada examinado eran significativos cuando estos se alejaban a más de un desvío de la media del grupo de referencia. Los resultados obtenidos con el ISP para este objetivo mostraron que el 12% de los pacientes relevados (3 casos) presentaron alteraciones atencionales. (Ver tabla 3)

Tabla 3

ISP variable atención por participante. Puntaje bruto y puntaje z.

Participante	ISP	Atención
1	3	0,73
2	11	-1,11
3	4	0,50
4	7	-0,25
5	2	0,96
6	6	0,04
7	2	0,96
8	7	-0,19
9	6	0,04
10	5	0,22
11	8	-0,42
12	4	0,50
13	4	0,50
14	7	-0,19
15	11	-1,11

16	5	0,27
17	5	0,27
18	3	0,73
19	2	0,94
20	0	1,42
21	12	-1,44
22	9	0,65
23	5	0,22
24	5	0,27
25	8	-0,49

Independientemente que las alteraciones atencionales no se manifiestan claramente en la muestra completa, se encontraron diferentes porcentajes relevantes en varios ítems del DEX y del ISP asociados a dificultades atencionales. Por ejemplo, en el caso del ítem 18 del DEX (*Me resulta difícil centrarme en algo, y me distraigo con facilidad*), el 36% respondió que ocasionalmente le ocurre, el 24% algunas veces y el 20% que esto le ocurre con bastante frecuencia. Es decir, el 80% presenta algún tipo de dificultad en esta área. Resultados similares se obtuvieron con el ítem 2 del ISP (*Me resulta difícil concentrarme en algo*) donde solamente el 12% contestó que no encontraba dificultades en la concentración, así como en el ítem 11 del ISP (*Me distraigo con facilidad*) el 44% respondió que le ocurre ocasionalmente, otro 32% algunas veces, el 8% manifestó que le sucede con bastante frecuencia y el 4% muy frecuentemente. En este caso solamente el 12% no manifestó presentar dificultades. Conceptualmente, se vincularon los citados casos de problemas de concentración y distracción con las dificultades atencionales.

Si bien se reportan dificultades en los pacientes de la muestra, estos resultados no se aprecian tan relevantes como los aportados por Torres y Fiestas (2012), aunque entrarían en concordancia con los mismos autores respecto a la desaparición de las alteraciones en la atención transitoria con el paso de los días sin consumo, o con períodos de abstinencia.

Por otra parte se pueden estar dando las circunstancias referidas por De la Torre Benitez (2002), cuando explica a la función atencional como un conjunto de herramientas con la flexibilidad para encontrarse en condiciones de sustituirse unas a otras en caso de lesiones o déficit.

6.3 El control de los impulsos en rehabilitación de adicciones

En este objetivo se intentó analizar posibles dificultades en el control de los impulsos en los pacientes relevados. Tal como fuera citado fueron utilizadas frecuencias absolutas, frecuencias relativas y puntajes z para el análisis de dicho objetivo.

En este caso se pudieron cruzar resultados del DEX en impulsividad y del ISP en control ejecutivo ya que ambas variables, como ya fuera desarrollado, juegan en conjunto un papel importante en el control inhibitorio de las conductas y de la impulsividad.

Se consideraron que los problemas de impulsividad y de control ejecutivo reportados por los pacientes relevados eran significativos cuando se alejaban a más de un desvío de la media del grupo de referencia. Los resultados obtenidos para este objetivo mostraron que el 32% de los pacientes examinados (8 casos) presentaron alteración en el control de los impulsos (ver Tabla 4).

Tabla 4

DEX variable impulsividad e ISP variable control ejecutivo por participante. Puntaje bruto y puntaje z.

Participante	DEX	Impulsividad	ISP Control	Ejecutivo
1	14	-0,83	19	-1,32
2	13	-0,64	17	-1,03
3	9	0,13	3	1,04
4	16	-1,22	22	-1,68
5	2	1,48	0	1,49
6	21	-2,18	11	-0,14
7	14	-0,83	15	-0,73
8	12	-0,45	16	-0,88
9	11	-0,25	13	-0,44
10	6	0,71	7	0,49
11	11	-0,25	15	-0,73
12	9	0,13	11	-0,14
13	17	-1,41	11	-0,14
14	8	0,33	17	-1,03
15	9	0,13	18	-1,18
16	9	0,13	13	-0,44
17	8	0,33	8	0,30
18	10	-0,06	7	0,45
19	9	0,13	5	0,78
20	5	0,90	6	0,60
21	11	-0,25	21	-1,54
22	8	0,33	12	0,29
23	12	-0,45	8	0,34

24	7	0,52	8	0,30
25	14	-0,83	14	-0,52

A diferencia de las alteraciones atencionales, el control de los impulsos claramente se encuentra mas vinculado a las conductas adictivas (Tiffon Nonnis, 2009). Además resulta sustancialmente reportada la asociación entre las dificultades del control inhibitorio y los trastornos por el consumo de sustancias, aunque se da principalmente solo para los consumidores de ciertas clases de drogas (Zilverstand, Huang, Alia Klein & Goldstein, 2018).

En la muestra completa se encontraron diferentes porcentajes relevantes en una importante cantidad de ítems del DEX y del ISP asociados a las dificultades en el control de los impulsos, aunque se analizan los más significativos. Por ejemplo, en el caso del ítem 2 del DEX (*Actúo sin pensar haciendo lo primero que me pasa por la cabeza*), el 64% respondió que ocasionalmente le ocurre y el 12% algunas veces. Es decir, el 76% presenta algún tipo de dificultad en esta área. En el ítem 5 (*Me pongo demasiado excitado con ciertas cosas, y en esos momentos me propaso*) solo el 12% manifestó no tener dificultades con este punto. En el ítem 14 (*Me resulta difícil dejar de decir o de hacer repetidamente ciertas cosas, una vez que he empezado a hacerlas*) el 44 % manifiesta que ocasionalmente le sucede, otro 20% algunas veces les pasa y al 12% le sucede con bastante frecuencia. En el caso del ítem 15 (*Tiendo a ser bastante activo, y no puedo quedarme quieto mucho tiempo*), el 26% manifestó que le ocurre con bastante frecuencia, el 8% muy frecuentemente, y solo el 8% no trajo dificultades con esta situación. Finalmente en el ítem 16 del DEX (*Me resulta difícil evitar hacer algo incluso aunque sepa que no debería hacerlo*), al 76% le sucede ocasionalmente y al 12% algunas veces.

Resultados similares se obtuvieron con el ISP. En el ítem 13 (*Ciertas cosas me enojan demasiado y en esos momentos me paso de la raya*), el 60% manifestó que ocasionalmente le ocurre, el 12% algunas veces y el 12% con mucha frecuencia. En los items 16 (*Hablo fuera de turno interrumpiendo a los demás en las conversaciones*), y el 26 (*Me cuesta cambiar de planes cuando las cosas están saliendo mal*), el 60% y el 76% respectivamente de los pacientes manifestó tener dificultades. En el ítem 30 (*Repito los mismos errores, no aprendo de la experiencia*), solo el 16% de los pacientes no tuvo inconvenientes en este caso. En el 36 (*Hago las cosas impulsivamente*), el 68% presentó dificultades, y en el ítem 43 (*Me manifiesto*

ante los demás de una manera sensual. Coqueteo demasiado) el 56% aceptó tener esas conductas.

Claramente las fallas en el control de los impulsos se manifiestan en pacientes en un proceso de rehabilitación de sustancias. Se entiende, en concordancia con Cock, Matute y Jurado (2008), que la inhibición de respuestas automáticas forma parte de ese conjunto de elementos que componen las funciones ejecutivas, y que se está en presencia de cierta deficiencia en dicha inhibición en el presente trabajo. Como se puede apreciar en los diferentes ítems elegidos tanto del DEX como del ISP, estas dificultades en el control inhibitorio que generan cierta impulsividad, tal como lo desarrollan Grau López y Casas (2009), pueden manifestarse de forma violenta o con conductas agresivas.

En el presente objetivo no es posible determinar si los resultados obtenidos se deben a un fenómeno conductual que pueda ser patológico o no, o que pueda ser parte de la naturaleza del paciente o su personalidad, como indican Medina, Moreno Lillo y Guija (2017). Aunque en concordancia con Tiffon Nonnis (2009) podemos encontrar ciertas características relacionadas entre la impulsividad y las conductas de sujetos con alguna problemática en el consumo de sustancias, y que de alguna forma se mantienen en su proceso de rehabilitación.

6.4 El control emocional en rehabilitación de adicciones

El presente objetivo buscó relevar y analizar en la muestra la existencia de alteraciones en el control emocional, en pacientes en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y alcohol. Para la resolución del mismo y como se viene desarrollando en los diferentes objetivos, se utilizaron estadísticos descriptivos; frecuencias absolutas (cantidad de casos) y frecuencias relativas (porcentajes), y puntaje *z* para el análisis de dicho objetivo (Ver Tablas 1 y 2).

Se consideró que los problemas derivados de las alteraciones en el control emocional reportados por cada examinado, eran significativos cuando estos se alejaban a más de un desvío de la media del grupo de referencia. Los resultados obtenidos con el ISP para este objetivo mostraron que el 12% de los pacientes relevados (3 casos) presentaron problemas en el control emocional (ver Tabla 5).

Tabla 5

ISP variable control emocional por participante. Puntaje bruto y puntaje z.

Participante	ISP Control Emocional
--------------	-----------------------

1	10	-0,59
2	7	-0,01
3	3	0,76
4	16	0,95
5	0	1,34
6	16	-1,74
7	3	0,76
8	5	0,38
9	3	0,76
10	6	1,41
11	2	0,96
12	7	-0,01
13	18	-2,13
14	2	0,96
15	3	0,76
16	6	0,18
17	7	-0,01
18	5	0,38
19	3	0,88
20	4	0,57
21	19	-2,16
22	8	0,20
23	11	-0,64
24	3	0,76
25	10	-0,45

Independientemente que las alteraciones en el control emocional no se manifiestan claramente en la muestra completa, encontramos diferentes porcentajes relevantes en algunos ítems tanto del DEX como del ISP asociados a dichas dificultades. Por ejemplo, en el caso del ítem 11 del DEX (*Tengo dificultad para mostrar mis emociones*), solamente el 20% de la muestra contestó en forma negativa. En el ítem 12 (*Me enfado mucho por cosas insignificantes*), el 52% respondió que ocasionalmente le sucede, el 24% algunas veces, y el 12% respondió que le sucede muy frecuentemente. Pasando a los datos que resultan del ISP en el ítem 4 (*Río y lloro con demasiada facilidad*) más de la mitad de los pacientes respondieron afirmativamente; el 20% respondió que ocasionalmente le sucede, el 8% algunas veces le pasa, el 28% contestó que le sucede con bastante frecuencia y el 12% muy frecuentemente. El ítem 5 del ISP es similar al ítem 12 del DEX (*Me enfado mucho por cosas insignificantes, me irrito con facilidad*), aunque varía en alguna medida con los resultados obtenidos, el 52% manifiesta que ocasionalmente le sucede, el 12% algunas veces y el 20% respondió que le ocurre muy frecuentemente. En el ítem 34

(*Doy portazos, golpeo muebles o lanzo cosas por el aire cuando me enojo*) el 48% de los pacientes reconocen que de alguna manera pasan por esa situación. Y en el caso del ítem 41 (*Tengo explosiones emocionales sin una razón aparente*) el 24% manifestó que en menor o mayor medida le sucede.

Claramente los resultados obtenidos no aseguran estar en presencia de un deterioro que pueda tener que ver directamente con el abuso de las sustancias. Aunque tal como infiere Herreras (2008), el área emocional puede resultar afectada ya que es justamente el cerebro el responsable de la respuesta emocional, dándose en estos casos sensaciones de angustia difícilmente controlables. Además se podría inferir que estaríamos en presencia de situaciones afectivas susceptibles de limitar el control de la conducta tal como refiere Bonet Álvarez (2015).

6.4 La motivación en rehabilitación de adicciones

En este objetivo se intentó relevar y analizar posibles dificultades en la motivación en los pacientes pertenecientes a la muestra. Tal como se viene desarrollando a lo largo del presente trabajo, se utilizaron frecuencias absolutas (cantidad de casos), frecuencias relativas (porcentajes) y puntajes z para el análisis de dicho objetivo (Ver Tablas 1 y 2).

En este caso se utilizó la variable Motivación del ISP, y se consideraron que los problemas en la motivación reportados por los pacientes relevados eran significativos, tal como se viene dando en los demás objetivos, cuando estos se alejaban a más de un desvío de la media del grupo de referencia. Los resultados obtenidos para este objetivo mostraron que tan solo el 8% de los pacientes examinados (2 casos) presentaron alteración en la variable motivación (ver Tabla 6).

Tabla 6

ISP variable motivación por participante. Puntaje bruto y puntaje z.

Participante	ISP	Motivación
1	5	0,40
2	11	-0,60
3	2	0,90
4	2	0,92
5	2	0,90
6	10	-0,43
7	14	-1,10
8	11	-0,60
9	9	-0,26
10	7	0,03

11	5	0,40
12	11	-0,60
13	7	0,07
14	6	0,24
15	8	-0,10
16	6	0,24
17	2	0,90
18	4	0,57
19	0	1,28
20	6	0,24
21	17	-1,75
22	7	0,07
23	4	0,56
24	4	0,57
25	7	0,03

En este objetivo no se obtuvieron resultados significativos que puedan determinar dificultades motivacionales en los pacientes revelados, aunque se encontraron porcentajes relevantes en algunos ítems del DEX y del ISP asociados a dicha variable. Por ejemplo, en el caso del ítem 8 del DEX (*Estoy adormecido o no me entusiasmo con las cosas*), el 64% presenta algún tipo de dificultad en esta área. Del ítem 10 (*Tengo muchas ganas de hacer ciertas cosas en un momento dado, pero al momento ni me preocupo por ellas*) se desprenden los siguientes resultados: el 56% manifiesta que ocasionalmente le sucede, el 24% algunas veces y el 12% con bastante frecuencia. En el ítem 17 (*Digo una cosa pero después no actúo en consecuencia, no la cumplo*), los pacientes respondieron que al 70% ocasionalmente le ocurre, al 12% algunas veces y al 4% con bastante frecuencia. Con el ISP se obtuvieron algunos resultados más relevantes. El ítem 1 (*Tengo problemas para empezar una actividad, me falta iniciativa*), el 32% manifestó que ocasionalmente le ocurre, el 36% que algunas veces, y 12% con bastante frecuencia. En el ítem 24 (*No me entusiasmo con las cosas, no me interesa ninguna actividad*), al 28% de la muestra ocasionalmente le ocurre. El ítem 29 (*Me cuesta ponerme en marcha, me falta energía*), al 52% de los pacientes le sucede ocasionalmente, al 12% algunas veces y al 4% con bastante frecuencia. Por último en el ítem 38 (*Tengo ganas de hacer algunas cosas, pero luego no las hago*), al 32% le sucede ocasionalmente, al 44% le sucede algunas veces, al 20% con bastante frecuencia, al 20% con bastante frecuencia, y al 4% muy frecuentemente. En este caso se puede apreciar que la totalidad de la muestra se encuentra comprometida con esta dificultad.

Si bien se encuentran dificultades relevantes en lo que respecta a la motivación de los pacientes que componen la muestra del presente trabajo, esta no se generaliza en la mayoría de los casos, aunque estudios relacionados muestran que el consumo de cualquier tipo de sustancia afecta en una menor o mayor medida a la motivación. De todas formas estas situaciones revierten en acuerdo con Pedrero Pérez (2011), gracias a los diferentes tratamientos de rehabilitación y al uso de la terapia de rehabilitación cognitiva.

En los resultados del presente objetivo se puede apreciar el planteo de Vázquez (2009) respecto a que lo motivacional no debería separarse de lo volitivo. Que la voluntad no se tome como la fuerza para realizar una actividad, sino que sea tomada por una aptitud dual: afectivo-tendencial, tomando la motivación como perteneciente a lo afectivo, generando un vínculo entre lo real y lo subjetivo, lo esperado.

Estas dificultades motivacionales debidas al consumo problemático de sustancias y que, en alguna medida, quedaron en evidencia en el desarrollo de este objetivo, independientemente que puedan originarse en trastornos o problemáticas de base en los pacientes relevados, encuentra sentido en concordancia con investigaciones ya realizadas. Por ejemplo García Fernández (2010) o Rojo Moreno (2019) en sus investigaciones pudieron demostrar que el deterioro de las funciones ejecutivas y el hábito de consumo de diferentes sustancias termina afectando significativamente la motivación.

7. Conclusiones:

El presente estudio ha tenido como objetivo el relevamiento, estudio y descripción de las posibles alteraciones ejecutivas en pacientes transitando un proceso ambulatorio de rehabilitación, con más de un año de abstinencia en el consumo.

Independientemente que las hipótesis no han podido ser confirmadas, se han encontrado resultados significativos en el desarrollo de todos los objetivos, especialmente en el objetivo del punto 6.3 que refiere al control de los impulsos.

Se pudo comprobar una serie de dificultades que tienen los pacientes en dicha área y tal como se viene desarrollando, es un punto más que relevante en todo lo que se refiere a las conductas propias del consumo. Independientemente de ello, parece ser que las funciones ejecutivas no siguen un patrón uniforme respecto a las modificaciones de dichas conductas. Por ello se encuentran dificultades atencionales, del control ejecutivo,

emocionales o motivacionales en los pacientes, aunque resulta difícil determinar el origen de ellas. Sería de mucha utilidad poder relacionar estos resultados con investigaciones que estudien variables de conductas propias de diferentes consumos, o variables que tengan que ver con rasgos de personalidad o características de diferentes individuos que predispongan al consumo de sustancias. De todas maneras teniendo en cuenta los resultados globales del presente trabajo, se pudo determinar que le 36% de los participantes (9 casos), presentaron dificultades en al menos una de las medidas obtenidas. Incluso el 20% (5 casos) presentó alteraciones en más de una de las medidas examinadas. De acuerdo a dichos resultados, puede señalarse que se dan alteraciones ejecutivas, incluso tras un año de abstinencia, en un poco más de un tercio de los participantes de la muestra.

Aparentemente el control de los impulsos es la función que quedaría más expuesta y debilitada en el proceso adictivo, por lo menos durante la rehabilitación. De todas formas, como se vio en el desarrollo de varios ítems del DEX y del ISP, las deficiencias en el control emocional y la motivación se ven durante el proceso de rehabilitación. De todas maneras y como se viene sosteniendo, resultaría interesante relacionar y contrastar estas variables con estudios previos a las conductas de consumo o en períodos de mayor abstinencia.

Con relación a las limitaciones que se presentaron a lo largo del presente trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar la aparición de la pandemia y la cuarentena iniciada a mediados de marzo del corriente año generó que más de la mitad de la muestra deba ser tomada de forma virtual. Independientemente de la excelente tarea del cuerpo docente para adaptar los instrumentos, se perdió la posibilidad de realizar un relevamiento más completo con otros instrumentos tal como fuera realizado con los primeros diez casos. Quedaron afuera de este trabajo varios instrumentos que evaluaban diferentes variables, como la memoria, la atención, cognición social, etc. De todas formas los protocolos pertenecientes a los primeros diez casos presenciales se conservan para futuras investigaciones. Por otra parte resultó dificultosa la búsqueda de publicaciones e investigaciones más actuales. En lo que respecta a los instrumentos hubiera resultado interesante trabajar en forma conjunta con las variables Motivación del DEX y Apatía del ISP, aunque las características de las escalas no lo permitieron.

Como aporte personal, se podría pensar en ampliar la información para relevar el progreso de los pacientes. Esto se podría dar con nuevas muestras en períodos de tiempo preestablecido para verificar la evolución de las diferentes variables. El proceso de la

adicción y su rehabilitación es muy particular y con una dinámica que depende tanto de cuestiones individuales como contextuales del paciente. Los dispositivos de rehabilitación son muy variados y dan un abanico de posibilidades que se renueva constantemente. Las nuevas drogas y los nuevos contextos socioculturales, posibilitan una apertura importante en el campo de la investigación en lo que respecta a las consecuencias psíquicas y físicas de los drogodependientes. Más en el ámbito de la neuropsicología, donde el estudio de las funciones ejecutivas y sus alteraciones, son objeto relevante para la investigación científica.

Por otro lado sería interesante poder fusionar estos trabajos e investigaciones con los dispositivos de rehabilitación anteriormente citados. En su mayoría estos trabajan cuestiones emocionales y vinculares. Y salvo que se realice en forma específica una seria evaluación y rehabilitación cognitiva, prácticamente se pierden la posibilidad de trabajar con datos un poco más fiables en lo que respecta a la condición clínica del paciente. Además podrían realizarse relevamientos en períodos de mayor y/o menor abstinencia, que permitirían revelar si las alteraciones que surgieron al año de abstinencia son menores que las reportadas en momentos o estadíos previos y mayores que las que podrían presentarse luego de una abstinencia más prolongada.

Como experiencia personal, para este pasante, ha sido muy satisfactoria y se ha trabajado con absoluta libertad y con temas de sumo interés. Tanto la institución como el personal docente que guiaron el presente trabajo, han aportado toda la ayuda y herramientas necesarias para el desarrollo del mismo.

Como futuras líneas de investigación podrían analizarse las funciones ejecutivas y establecer correlaciones con el consumo de marihuana y alcohol en conjunto, por ser los consumos más comunes y asociados. Establecer diferencias y analizar el deterioro en los vínculos de los alcohólicos respecto de los adictos a otras sustancias. Por otro lado, sería interesante el análisis comparativo de las funciones ejecutivas en población con consumo recreativo, consumo problemático, rehabilitación y abstinencia.

La base de datos que fuera creada para el presente trabajo está compuesta por muchas variables descartadas para el desarrollo del mismo, pero que son de suma importancia para futuras investigaciones. Los años de escolaridad formal, el sexo, edad de comienzo y frecuencia de consumo, aportarían variantes de investigación para profundizar en lo que respecta a las alteraciones ejecutivas en particular y neuropsicológicas en general.

El cuestionario de tamizaje ASSIST 2.0 (Newcombe, Humeniuk & Ali, 2005), la Prueba de Detección de Alcoholismo de Michigan (MAST) (Storgaard, Nielsen & Gluud, 1994) , el Continuo de Salud Mental (MHC) (Keyes, 2002), el Trail Making Test TMT A y B) (Army Individual Test Battery, 1944; Reitan, 1955; Arango Lasprilla et al., 2015), el Test de Lectura de Mirada (LMO) (Baron Cohen et al., 2001; Roman et al., 2012), el LMR (Test de Reconocimiento Emocional) (Baron Cohen et al., 1997; Huerta Ramos & Ferrer Quintero, 2016), el Hayling Test (Test de Completamiento de Frases) (Burguess & Shallice, 1997; Abusamra et al., 2006) y el Test de Stroop (Stroop, 1935; Golden, 1994; Ostrosky Solís et al., 2007), son los instrumentos que fueron relevados con los pacientes presenciales y que no fueron incluidos en el presente trabajo. Dichas herramientas son de evaluación neuropsicológica y diferentes a los inventarios utilizados para el presente trabajo, ya que los mismos no se basan en el autorreporte del paciente. Los citados instrumentos se relevan con la realización de tareas estandarizadas de atención y funciones ejecutivas. Si bien tanto el DEX como el ISP resultaron sólidos al momento de revelar sintomatología en los pacientes con consumo problemático de sustancias, se podría haber completado la información con el resto de los instrumentos, que hubieran permitido considerar los posibles sesgos del autorreporte. Su información puede complementar futuros trabajos e investigaciones tendientes no solo a ampliar el desarrollo de la temática elegida, sino para colaborar en la creación o mejoramiento de los dispositivos de rehabilitación y darles múltiples perspectivas para un correcto abordaje de la problemática y volverlos más eficaces.

8. Referencias Bibliográficas:

- Abusamra, V., Miranda, M. A., & Ferreres, A. (2006). Test para evaluar la iniciación e inhibición verbal. Adaptación al español del test de hayling. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Agrelo, A., Sgró, J. M., Cappa, H., & Ojeda, J. (2016). La percepción de los usuarios de un programa de tratamiento ambulatorio en adicciones. una exploración focalizada en la satisfacción con el tratamiento. *Revista argentina de Clínica psicológica*, 25(3), 275-288.

- Alexander, D. E., & Leung, P. (2004). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Reliability, factor structure, and scoring criteria with a clinical sample. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 30(2), 321-351.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed).
- Arango Lasprilla, J. C., Rivera, D., Aguayo, A., Rodríguez, W., Garza, M. T., Saracho, C. P., & Longoni, M. (2015). Trail Making Test: normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*, 37(4), 639-661.
- Ardila, A. A., & Solís, F. O. (2008). Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.
- Army, U. S. (1944). Army individual test battery. *Manual of directions and scoring*.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary care. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.505.4146&rep=rep1&type=pdf>.
- Baddeley, A. D. (1983). Working memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B, Biological Sciences*, 302(1110), 311-324.
- Baron Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251.
- Baron Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, A. T. (1997). Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual cognition*, 4(3), 311-331.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Bedregal, L.E, Carter Sobell, L., Sobell, M. B., & Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish versión of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31, 309-319.

- Bonet Álvarez, J., Salvador Castellano, A., Torres Vivas, C., Aluco Sánchez, E., Cano Vega, M., & Palma Sevillano, C. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista Española de Drogodependencia*, 40(2), 13-23.
- Burgess, P. W., & Shallice, T. (1997). The Hayling and Brixton tests.
- Calvo García, F., Costa Ribot, J., & Valero Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano en pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencia*, 41(1), 41-55.
- Carballo, M., & López, V. (2014). Recuperación del procesamiento de errores tras abstinencia y tratamiento en adictos a cocaína. *Estudios de Psicología*, 35(1), 193-199.
- Cock, M. R., Matute, E., & Jurado, M. B. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Comas Arnau, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 238-254.
- Conde, K., Giménez, P. V., & Cremonte, M. (2018). Características de los Instrumentos de Tamizaje del Trastorno por Uso de Alcohol en Jóvenes Universitarios de Argentina. *Clínica y Salud-Investigación Empírica en Psicología*, 29(1), 27-33.
- Coullaut Valera, R., Arbaiza Díaz del Río, I., de Arrúe Ruiloba, R., Coullaut Valera, J., & Bajo Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatría*, 39(3), 168-73.
- Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A. M., & Damasio, A. R. (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264(5162), 1102-1105.
- De la Cruz Pellín, M., Gimeno, C., & Esteban, J. (2002). Diferencias en los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR de los trastornos relacionados con sustancias y comentarios sobre términos utilizados. *Salud y drogas*, 2(2), 57-88.
- De la Fuente, R. (2013). El alcoholismo y el abuso del alcohol: visión de conjunto. *Salud Mental*, 10(4), 45-51.
- De la Torre Benítez, G. G. (2002). El modelo funcional de atención en neuropsicología. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 55(1), 113-122.

- Díaz Negrete, B., & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista panamericana de salud pública*, 24, 223-232.
- Dominguez Alonso, J., & Pino Juste, M. R. (2014). Motivación intrínseca y extrínseca: análisis en adolescentes gallegos. *International journal of developmental and Educational Psychology*, 1(1), 349-358.
- Dolengevich Segal, H., Salgado, B. R., Ramírez, J. G. A., & Sánchez-Mateos, D. (2015). Nuevas Drogas Psicoactivas. *Adicciones*, 27(3), 231-232.
- Duque, R. A. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 138-147.
- Etchepareborda, M. C., & Abad-Mas, L. (2005). Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Revista de neurología*, 40(1), 79-83.
- Erazo Santander, O. A. (2019). Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), 110-148.
- Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., & Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29, 12-20.
- Flores, E. A. (2008). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos adictivos*, 10(3), 151-165.
- Flores Lázaro, J. C., & Ostrosky-Solís, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. México D.F.: El Manual Moderno.
- Funes, M. J., & Lupiáñez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de Orientación, Alerta y Control Cognitivo y la interacción entre ellas. *Psicothema*, 15(2), 260-266.
- Galarza, C. A. R., & Salas, C. P. P. (2015). Relación entre el modelo híbrido de las funciones ejecutivas y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 299-314.
- García Carretero, M. A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., & O'Ferrall González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por

- uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194-204.
- García Fernández, G., García Rodríguez, O., Secade Villa, R., Fernández Hermida, J. R., & Sánchez Hervás, R. (2010). Evolución de las funciones ejecutivas de adictos a la cocaína tras un año de tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 155-169.
- Golden, C.J. (1994). Stroop: Test de colores y palabras. Madrid: TEA Ediciones
- Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires. Ediciones B Argentina S.A.
- Gómez Maqueo, E. L., Gómez Hernández, H. L., Morales Rodríguez, B., & Pérez Ramos, M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 9-17.
- González Roscigno, E. A., Mujica Díaz, A. L., Terán Mendoza, O. E., Guerrero Alcedo, J. M., & Arroyo Alvarado, D. J. (2015). Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 17-28.
- Grau López, L., & Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 205-12.
- Herreras, E. B. (2008). Neuropsicología y adicciones. *Revista chilena de neuropsicología*, 3(2), 1-3.
- Huerta Ramos, E., & Ferrer Quintero, M. (2016). Test de reconocimiento emocional en caras. Recuperado el 2 de diciembre de 2020 de <https://www.autismresearchcentre.com>
- Kersten, B. P. y McLaughlin, M.E. (2015). Toxicology and management of novel psychoactive drugs. *Journal of Pharmacy Practice*, 28, 50-65. doi: 10.1177/0897190014544 814.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- Knudsen, E. I. (2007). Fundamental components of attention. *Annu. Rev. Neurosci.*, 30, 57-78.
- 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. *Revista de 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.
- Lasala, Y., Galloni, C., & Mante, M. L. (2012). Un recorrido por el hospital de día de adicciones. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Lundin, A., Hallgren, M., Balliu, N., & Forsell Y. (2015). The Use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Detecting Alcohol Use Disorder and Risk Drinking in the General Population: Validation of AUDIT Using Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 39(1), 158-165.
- Medina, A., Moreno, M., Lillo, R., & Guija, J. (2017). Los trastornos del control de los impulsos y la psicopatías: Psiquiatría y Ley. *Córdoba-Argentina: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Medina Pérez, Ó. A., & Rubio, L. A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561.
- Monteiro, M. G. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Moreno Carmona, N. D., & Palomar Lever, J. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2), 141.
- Muñoz García, J. J., & Graña Gómez, J. L. (2011). Las funciones ejecutivas en subtipos de drogodependientes en tratamiento. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 29-50.
- Newcombe, D. A., Humeniuk, R. E., & Ali, R. (2005). Validation of the world health organization alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and alcohol review*, 24(3), 217-226.
- Ostrosky Solís, F., Esther Gómez Pérez, M., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2007). Neuropsi Attention and Memory: a neuropsychological test

- battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied neuropsychology*, 14(3), 156-170.
- Pacheco Ferreira, A. (2019). Estimaciones del consumo de drogas ilícitas derivadas del análisis de aguas residuales: Una revisión crítica. *Revista Salud UIS*, 51(1), 69-80.
- Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Rojo Mota, G., Llanero Luque, M., Oliva Arroyo, A., Bouso Saiz, J. C., & Puerta García, C. (2009). Versión española del Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp): propiedades psicométricas en adictos y población no clínica. *Adicciones*, 21(2), 155-166.
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52(3), 163-172.
- Pérez, E. P., Monje, M. R., Alonso, F. G., Girón, M. F., López, M. P., & Romero, J. C. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269-278.
- Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., de Vicente Manzanaro, M. P., Oliveras Valenzuela, M. A., & Lahoz Lafuente M. (2010). Validación Española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health and Addictions*, 10(1), 35-50.
- Pérula de Torres, L. A., Márquez Rebollo, E., Ruiz Moral, R., Fernández García, J. A., Arias Vega, R., & Palomino, M. M. (2009). Diagnostic usefulness of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire for the detection of hazardous drinking and dependence on alcohol among Spanish patients. *European Journal of General Practice*, 15, 15-21.
- Peruaga, A., Rincón, A., & Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 14(2), 227-238.
- Posada Villa, J. A., Herazo, E., & Campo Arias, A. (2009). Puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales en Colombia: Infracciones a la norma de inicio. *Revista de Salud Pública*, 11, 406-413.
- Querejeta, A. N., Crostelli, A., Stecco, J., Moreno, M., Sarquís, Y. F., Sabena, C. & Cupani, M. (2015). Adaptación Argentina de la Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS). *Neuropsicología Latinoamericana*, 7(3), 57-66.

- Ramírez, L. E. (2013). El proceso de la atención: una mirada desde la neuropsicología. *Revista digital EOS Perú*, 1(1), 15.
- Ramos, C., Albarracín, E., Arguello, A., Chávez, M., Falconí, A., Jurado, M., & Vélez, E. (2016). Relación entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol de estudiantes universitarios. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(2), 91-99.
- Real Academia Española. (2020). Recuperado de <https://dle.rae.es/emoci%C3%B3n>.
- Reitan, R. M. (1955). The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of consulting psychology*, 19(5), 393.
- Rojo Moreno, J. (2019). Cannabis, opiniones y ciencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 44(4), 5-9.
- Roman, F. N., Rojas, G., Roman, N. R., Iturry, M., Blanco, R., Leis, A., ... & Allegri, R. F. (2012). Baremos del Test de la Mirada en español en adultos normales de Buenos Aires. *Neuropsicología Latinoamericana*, 4(3).
- Romero, J. C. R. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Límite: revista de filosofía y psicología*, (17), 77-98.
- Ruiz Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., & Puerta-García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Rev Neurol*, 54, 649-63.
- Salcedo Monsalve, A., Palacios Espinosa, X., & Espinosa, F. Á. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en psicología Latinoamericana*, 29(1), 77-97.
- Sedronar. (2017). República Argentina. Recuperado de <Http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/FactoresZdeZRiesgoZZ2017ZZ3Zenero.pdf>.
- Shaw, S., Oei, T. P. S., & Sawang, S. (2015). Psychometric Validation of the Dysexecutive Questionnaire (DEX). *Psychological Assessment*, 27(1), 138-147.
- Solano Melo, C. A. (2017). Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cybertesis Repositorio de Tesis Digitales. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6629>
- Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de Día: historia y conceptualización. *Volumen XXIII-No 102-Marzo-Abril 2012*, 107.

- Storgaard, H., Nielsen, S. D., & Gluud, C. (1994). The validity of the Michigan alcoholism screening test (MAST). *Alcohol and Alcoholism*, 29(5), 493-503.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of experimental psychology*, 18(6), 643.
- Tiffon Nonnis, B. N., (2009). Una Trimorbilidad Emergente: El Trastorno de Personalidad, el Trastorno del Control de los Impulsos y el Abuso de Sustancias Tóxicas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 91-97.
- Tirapu Ustárroz, J., Landa, N., & Lorea Conde, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15(1), 7-16.
- Torres, G., & Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 127-134.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). The Challenge of New Psychoactive Substances. Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf
- Urigüen, L., & Callado, L. F. (2010). Cocaína y cerebro. *Trastornos Adictivos*, 12(4), 129-134.
- Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Cáceres de Rodríguez, D. E., & Tovar Cuevas J. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, 3(8).
- Vázquez Fernández, M. E., Muñoz Moreno, M. F., Fierro Urturi, A., Alfaro González, M., Rodríguez Carbajo, M. L., & Rodríguez Molinero, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría Atención Primaria*, 16(62), 125-134.
- Vásquez, S. M. (2009). Motivación y voluntad. *Revista de Psicología*, 27(2), 185-212.
- Verdejo, A., Orozco Giménez, C., Meersmans Sánchez Jofré, M., Aguilar de Arcos, F., & Pérez García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38(12), 1109-1116.
- Verdejo García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Villacís García, D. R. (2013). Efectos físicos y psicológicos de las drogas sintéticas una amenaza latente (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2013).

- Villalba Ruiz, E., & Verdejo García, A. (2011). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 10-20.
- Villegas Pantoja, M. A., Alonso Castillo, M. M., Benavides Torres, R. A., & Guzmán Facundo, F. R. (2013). Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: una revisión sistemática. *Aquichan*, 13(2), 234-246.
- Volkow, N. D. (2015). Marihuana. *National Institute on drug abuse, advancing addiction science*, 47.
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., & Evans J. J. (1996). *Methodology of Frontal and Executive Function*. London: Psychology Press Ltd.
- Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review. *Neuron*, 98(5), 886-903.