



FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES EJECUTIVAS EN PACIENTES CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicóloga mención Clínico

Profesor Guía
Dr. Germán Mármol

Autora
Diana Lorena Proaño Alcívar

Año
2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Germán Andrés Mármol Maya
Psicólogo Clínico
C.I.1712890050

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Diana Lorena Proaño Alcívar
C.I. 1719656736

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme cumplir un sueño.

A mi familia por ser mi apoyo incondicional, y ejemplo de lucha constante.

Mis amigos, compañeros y maestros que día a día fueron aportando en mi crecimiento profesional y personal.

A las instituciones que muy amablemente me abrieron sus puertas para poder realizar este trabajo.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a las personas que asumieron que tenían un problema con la bebida y decidieron cambiar sus vidas.

A los profesionales en psicología que acompañan a estos pacientes a lo largo de sus tratamientos, siendo ustedes parte fundamental en la recuperación de estos pacientes, sus familias y sociedad.

RESUMEN

Actualmente el estudio acerca de los déficits cognoscitivos en pacientes con dependencia al alcohol ha tenido relevancia en el ámbito clínico, debido a las implicaciones de estos déficits en el pronóstico y el diseño adecuado de estrategias de intervención. En este estudio se realizó una evaluación neuropsicológica a 10 sujetos con diagnóstico de dependencia al alcohol, en comparación con 10 sujetos sin conducta de dependencia.

El instrumento utilizado midió las capacidades referentes a atención, funciones ejecutivas y memoria. La única diferencia significativa que se observó fue en la puntuación normalizada de atención y funciones ejecutivas. En la cual la muestra clínica presentó una afectación.

Dentro de las subpruebas que evaluaron atención y funciones ejecutivas la llamada formación de categorías reflejo claramente tanto en la ejecución como en los resultados la existencia de un déficit en los pacientes con dependencia al alcohol.

Los resultados encontrados descartaron la existencia de un déficit cognoscitivo generalizado en la muestra clínica. Los resultados obtenidos en memoria no mostraron la existencia de una relación significativa entre los pacientes con dependencia al alcohol y el grupo control.

Palabras claves: déficits cognoscitivos, dependencia al alcohol, funciones ejecutivas.

ABSTRACT

At present, the study of cognitive deficiencies in patients who suffer from alcohol dependence has been relevant in clinical studies because of the influence of these cognitive impairment on the prognosis and an adequate choice in the design of intervention strategies. In order to accomplish this study, a neuropsychological evaluation to 10 patients with a diagnosis of alcohol dependence compared to 10 people who do not have alcohol dependence was conducted.

The technique used measured attentive capacities executive and memory. The only significant difference observed was in the normalized score of attention and executive capacities. In which the clinical sample showed some. Among the subtests that assessed executive functions, the one called category formation illustrated the existence of impairment in both the implementation and the results.

The results dismissed the existence of a general cognitive impairment in the clinical sample. The results obtained in memory do not show a significant relationship between patients with alcohol dependence and the control group

Keywords: cognitive impairment, alcohol dependence, executive functions.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN TEMÁTICA	4
2.1 MARCO TEORICO REFERENCIAL	4
2.1.1 Definición de Neuropsicología	4
2.1.2 La Neuropsicología actualmente	5
2.1.3 La Neuropsicología en el Ecuador	6
2.2 FUNCIONES EJECUTIVAS	7
2.2.1 Definición	7
2.2.2 Actividades Cerebrales Superiores	9
2.2.3 Déficits Ejecutivos	10
2.2.4 Síndrome disejecutivo	13
2.2.5 Funciones Ejecutivas en el test Neuropsi	14
2.3 ATENCIÓN	15
2.3.1 Definición	15
2.3.2 Niveles de Atención	16
2.4 MEMORIA	17
2.4.1 Definición	17
2.4.2 Tipos de Memoria	18
2.4.3 Afectación de la memoria en sujetos alcohólicos	19
2.5 TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL	21
2.5.1 Definición e Histología	21
2.5.2 El consumo en el Ecuador	22
2.5.3 Afectaciones por el consumo	23

2.5.4 Tipos de consumo	24
2.5.5 Principales características clínicas de la dependencia del alcohol ..	25
2.5.6 Criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV).....	26
3. OBJETIVOS	29
3.1.1 Objetivo general:	29
3.1.2 Objetivos específicos:	29
4.HIPOTESIS	29
5.MÉTODO	30
5.1 Tipo de diseño y enfoque	30
5.2 Muestra/ Participantes	30
5.3 Recolección de datos	32
5.4 Procedimiento.....	35
5.5 Análisis de datos	38
6.RESULTADOS	40
7.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	92
REFERENCIAS	98
ANEXOS	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudios sobre la afectación de las funciones ejecutivas en sujetos alcohólicos.	11
Tabla 2. Estudios sobre alteraciones de las funciones ejecutivas en sujetos predispuestos a desarrollar abuso y dependencia a sustancias	13
Tabla 3. Estudios sobre la afectación de la memoria en sujetos alcohólicos...	20
Tabla 4. Descripción de los criterios de inclusión y Exclusión Grupo Clínico ..	31
Tabla 5. Descripción de los criterios de inclusión y Exclusión Grupo Control ...	32
Tabla 6. Total atención y funciones ejecutivas puntuación normalizada.....	41
Tabla 7. Puntuación orientación Total (Atención)	43
Tabla 8. Puntuación Retención Dígitos Progresión (Atención)	45
Tabla 9. Puntuación Cubos Progresión (Atención)	46
Tabla 10. Resultados Detección Visual Aciertos (Atención)	47
Tabla 11. Resultados obtenidos en Detección de Dígitos Total (Atención)	49
Tabla 12. Puntuación Series Sucesivas (Atención)	50
Tabla 13. Resultados obtenidos en Formación de Categorías (Funciones Ejecutivas).....	51
Tabla 14. Resultados en Fluidez Verbal Semántica Total Reclasificada (Funciones Ejecutivas).....	53
Tabla 15. Resultados en Fluidez Verbal Fonológica Total Reclasificada (Funciones Ejecutivas).....	55
Tabla 16. Resultados en Fluidez no Verbal Total Reclasificada (Funciones Ejecutivas).....	56
Tabla 17. Resultados de Funciones Motoras Total (Funciones ejecutivas)	58
Tabla 18. Puntuaciones Stroop Tiempo Interferencia Reclasificada (Funciones Ejecutivas).....	59
Tabla 19. Puntuaciones Stroop Aciertos Interferencia Reclasificada (Funciones Ejecutivas).....	61
Tabla 20. Total memoria puntuación normalizada	62
Tabla 21. Curva de Memoria Codificación Volumen	67

Tabla 22. Pares asociados codificación volumen Promedio	68
Tabla 23. Memoria Lógica Codificación Promedio Historias	70
Tabla 24. Memoria Lógica Promedio Temas	71
Tabla 25. Figura Rey-Osterreith Codificación	72
Tabla 26. Caras Codificación	74
Tabla 27. Memoria verbal Espontánea Total	75
Tabla 28. Memoria Verbal Claves Total	76
Tabla 29. Memoria Verbal Reconocimiento Total	78
Tabla 30. Pares Asociados Evocación Total	79
Tabla 31. Memoria Lógica Evocación Promedio Historias	81
Tabla 32. Memoria Lógica Evocación Promedio Temas	82
Tabla 33. Figura Rey- Osterreith Evocación	84
Tabla 34. Reconocimiento de Caras Total Evocación	85
Tabla 35. Evocación de Nombres Evocación	87
Tabla 36. Total atención y memoria puntuación normalizada	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación Lóbulo Frontal.....	8
Figura 2. Análisis de datos	39
Figura 3. Medias obtenidas en Atención y Funciones Ejecutivas (Puntuación Normalizada).....	42
Figura 4. Puntuaciones obtenidas en Formación de Categorías (Medias)	53
Figura 5. Medias Obtenidas en Puntuación Total Memoria (Puntuación Normalizada).....	64
Figura 6. Resultados de la prueba Retención Dígitos Regresión (Memoria de Trabajo).....	65
Figura 7. Resultados de la prueba Cubos Regresión (Memoria de Trabajo)....	66
Figura 8. Resultados Caras Codificación.	74
Figura 9. Memoria Lógica Promedio Temas.....	83
Figura 10. Total Atención y Memoria (Puntuación Normalizada).....	90
Figura 11. Perfil General de Ejecución del Grupo Clínico y Grupo Control	91

1. INTRODUCCIÓN

Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando empieza el interés por entender las posibles causas orgánicas que producen los llamados desórdenes de la mente. A pesar que en la actualidad no se tienen respuestas concretas, se ha considerado importante el estudio del cerebro para poder entender y sustentar de mejor manera los diferentes desórdenes conductuales producidos desde la mente.

Durante un largo tiempo el área pre frontal fue desapercibida por los científicos, debido a que no se le encontraba funcionalidad alguna. (Valdez y Torrealba, 2005, p.196)

En la actualidad, se ha determinado que es una parte importante del cerebro donde se puede encontrar explicación a las diferentes conductas que tiene el ser humano. (Valdez y Torrealba, 2005, p.196)

En la última década la investigación sobre el comportamiento humano ha centrado su atención sobre un nuevo nivel de análisis: la relación entre la conducta, los procesos mentales y el cerebro. En este sentido son numerosas las investigaciones que tratan de encontrar las alteraciones neuropsicológicas presentes en diferentes trastornos mentales. Este es el caso de los estudios sobre la anorexia o el trastorno antisocial de la personalidad.

Por lo que se refiere a las conductas adictivas los estudios neuropsicológicos más recientes se centran en dos aspectos. Por un lado se ha intentado encontrar el sustrato neurobiológico de los trastornos adictivos. En este caso se trata de modelos experimentales de laboratorio y en técnicas de neuroimagen funcional. Además se ha estudiado el tipo concreto de habilidades cognitivas preservadas y afectadas en sujetos adictos. Landa, Fernández y Tirapu (2004, p. 41-42)

Landa, Fernández y Tirapu (2004, p. 41) señalan que “El estudio de los déficit neuropsicológicos en los sujetos alcohólicos ha cobrado una especial relevancia en las últimas décadas, esto se debe fundamentalmente a sus implicaciones en aspectos tan importantes como son el pronóstico terapéutico y el diseño de estrategias adecuadas de intervención.”

Bajo esta argumentación se ha considerado importante realizar un estudio que cuente con una muestra ecuatoriana, para que con los resultados conseguidos de esta investigación se pueda realizar un aporte con una perspectiva clínica que pueda constituir un elemento diagnóstico importante e indicar las líneas terapéuticas más adecuadas para este tipo de pacientes en nuestro país.

El objetivo de este estudio es determinar la existencia o no de un deterioro en el desempeño de las funciones ejecutivas en pacientes con dependencia al alcohol versus un grupo control. El grupo clínico estuvo conformado por diez personas que se encontraban realizando su proceso de rehabilitación en dos centros especializados sobre el tema de la ciudad de Quito.

El grupo control se encontró conformado por diez personas, trabajadores de una empresa pública de la ciudad de Quito. Es importante describir que la participación tanto del grupo clínico y del grupo control fue voluntaria. Los dos grupos mencionados anteriormente se encontraban pareados en cuanto a edad, género, nivel de educación, no haber sufrido algún traumatismo craneoencefálico importante y no contar con diagnóstico de patología mental.

A los candidatos se les aplicó previamente una entrevista personal, donde se les dio a conocer de manera detallada la metodología a emplearse para esta investigación y descartar posibles causas que pudiesen impedir la participación del candidato en este estudio. (Anexos 1-2)

Para este estudio se utilizó como instrumento la evaluación neuropsicológica Neuropsi, atención y memoria segunda edición. La misma que fue aplicada al

grupo clínico y grupo control bajo las mismas circunstancias. La duración aproximada de aplicación por participante fue en promedio de una hora y diez minutos.

Luego de obtener los resultados de la evaluación se procedió a aplicar la prueba estadística T-student.

La misma que permitió comparar las medias de las puntuaciones totales normalizadas encontradas en el grupo clínico y el grupo control. Donde se encontró la existencia de una relación significativa en la puntuación de atención y funciones ejecutivas (puntuación normalizada) en pacientes con dependencia al alcohol (grupo clínico).

Referente a los resultados de memoria (de trabajo, codificación y evocación), no se encontró una relación significativa entre los miembros del grupo clínico y los resultados encontrados en el grupo control. Lo que indica que esta área cognoscitiva no se encuentra afectada en los pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol.

En los resultados totales de atención y memoria (puntuación normalizada) no se evidenciaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo clínico.

En el siguiente trabajo se podrá encontrar una base teórica explicativa sobre el tema, la metodología utilizada en cada uno de los centros de rehabilitación en el caso de la muestra clínica y en la empresa con respecto al grupo control.

Además de las tablas de los resultados obtenidos en cada uno de los grupos evaluados para esta investigación. Finalmente se encontrarán las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones que tenga relación con el tema.

2. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN TEMÁTICA

2.1 MARCO TEORICO REFERENCIAL

En las dos últimas décadas, la neurología conductual y la neuropsicología han evolucionado a pasos agigantados bajo el influjo de los modelos teóricos provenientes de la psicología cognitiva, pero también por el avance de nuevos y sofisticados métodos que permiten estudiar la actividad cerebral durante los procesos cognitivos. Tirapu y Luna (sf, p.221)

La neurología de la conducta es un campo relativamente nuevo en el dominio de las neurociencias y tiene como objetivo principal estudiar las modificaciones que en la conducta humana producen lesiones cerebrales bien definidas en cuanto a localización y tamaño. Iturriza (sf, p. 165)

2.1.1 Definición de Neuropsicología

El campo de la neuropsicología es básicamente la actividad biológica relativa al funcionamiento del cerebro, en especial del córtex, así como el estudio de los procesos psíquicos complejos superiores. Podría entonces definirse como el estudio de las relaciones existentes entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y la sistematización socio cognitiva en sus aspectos normales y patológicos. (Campos, 2006, p.56-57)

“Así pues nace una rama del conocimiento científico y de la semiología clínica llamada neuropsicología, que procede de la neurología clásica y se ha desarrollado con el aporte de las neurociencias y la psicología contemporánea cuyo objetivo principal es estudiar las relaciones existentes entre la actividad cerebral y las funciones psicológicas superiores (gnosias,práxias, memoria, función ejecutiva.” (Mármol, 2010, p.3)

La neuropsicología como disciplina científica e interdisciplinaria, muestra en la actualidad un importante desarrollo en aspectos experimentales y clínicos. Esto se ve evidenciado en el aporte teórico que cada vez es más amplio y puntual gracias a las primacías prácticas de la evaluación neuropsicológica, (Balarezo y Mancheno, 1998, p. 13)

2.1.2 La Neuropsicología actualmente

En la actualidad la neuropsicología se encuentra subdividida en dos especialidades: la neuropsicología clínica y neuropsicología cognitiva. “Esta última surge en la década de los años ochenta cuando los neuropsicólogos y la neuropsicología en general incorporan el paradigma de la psicología cognitiva, el procesamiento de la información y la plasticidad cerebral.” (Campos, 2006, p.56-57)

Con la modernización y la implementación de diferentes técnicas computarizadas como: Tomografía axial computarizada, encefalogramas y neuroimagen. Técnicas que permiten obtener un diagnóstico certero sobre las diferentes lesiones que pueden presentarse en el cerebro. A la vez permiten realizar una mejora en los lineamientos de trabajo para la recuperación de los pacientes. Estos avances han permitido mejorar las relaciones entre ciencias como la psiquiatría, neurología y psicología. Al igual que las técnicas médicas, las herramientas psicológicas han ido evolucionando para acompañar a las herramientas médicas. (Valdez y Torrealba, 2005, p.196)

Por lo tanto la neuropsicología termina siendo una ciencia de trabajo interdisciplinario al tomar diversas áreas del conocimiento neurológico, y al estudiar la organización cerebral como la estructura psicológica de las funciones mentales superiores humanas. (Mármol, 2010, p. 3)

Junqué, 2005 citado en Mármol, 2010, p. 4 indica que “La Neuropsicología forma parte de la Psicobiología aunque su campo no es tan amplio, ya que

abarca únicamente la actividad biológica relativa al funcionamiento cerebral, en especial del córtex, y se interesa fundamentalmente en el estudio de los procesos psíquicos complejos como son lenguaje, percepción, memoria”.

2.1.3 La Neuropsicología en el Ecuador

En el Ecuador alrededor del año 1979, gracias a la inquietud investigativa de varios profesionales inclinados al estudio de las bases orgánicas y funcionales del cerebro, del hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Nacional de Seguridad Social (IESS), da inicio a una investigación empírica sobre un problema psicométrico que hacía referencia a la incongruencia entre el criterio clínico, los resultados de las pruebas psicológicas y los efectos terapéuticos, versus los resultados de la prueba tecnológica de ese entonces el electroencefalograma.(Balarezo y Mancheno, 2009, p.2)

Esto da pie a que los profesionales involucrados en el área sientan curiosidad por conocer y poner en práctica los conceptos neuropsicológicos de Luria, que para esta época se encontraban ya en Estados Unidos siendo adaptados para dicha sociedad. (Balarezo y Mancheno, 2009, p.2)

Como antecedente de estudio entre las lesiones cerebrales e impacto en la conducta de la persona afectada tenemos el conocido caso de Phineas Gage (1848) que despertó gran interés público, quien tras sufrir un accidente mientras construían una vía de ferrocarril, donde hubo una gran explosión y una barra le atravesó el área pre frontal y le ocasionó una lesión de gran magnitud del lóbulo frontal sufriendo serios trastornos en su personalidad y desenvolvimiento social. Valdez y Torrealba, 2006, p.196.

Lo que indica que las lesiones cerebrales sean de cualquier tipo y ocasionadas por varios factores tienen impacto en la conducta y vida social de quien la

sufre, siendo este campo de investigación psicológica, neurológica y hasta psiquiátrica.

2.2 FUNCIONES EJECUTIVAS

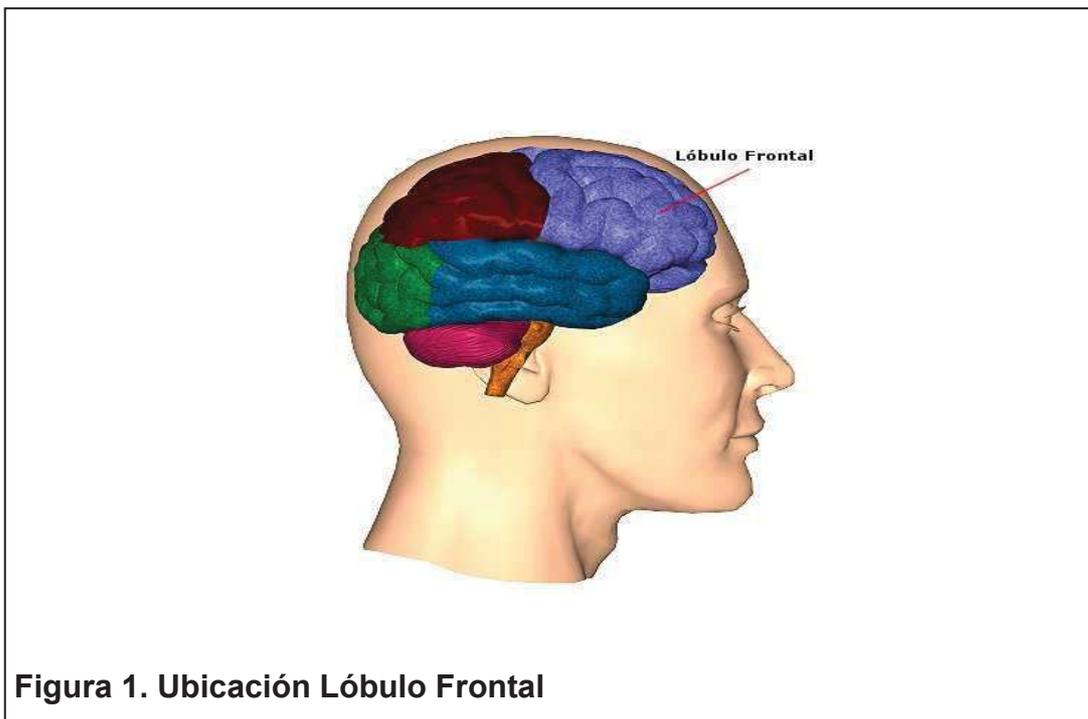
2.2.1 Definición

Podría definirse como el conjunto de funciones que forman el grupo gerencial del cerebro, es decir si realizamos una comparación es como el director de una escuela, el gerente general de una empresa o el director de la orquesta. Para estar a cargo del resto de funciones que realiza cada uno de los ejemplos anteriormente citados, la persona que encabeza o dirige debe conocer muy bien los recursos con los cuenta para realizar la actividad propuesta. Visto de ésta manera, la función ejecutiva es la función mental o cognitiva por excelencia. (Lopera, 2008, p. 60-61)

“Las Funciones ejecutivas constituyen un conjunto de habilidades superiores de organización e integración que se han asociado neuroanatómicamente (SIC) a diferentes circuitos neurales que convergen en los lóbulos prefrontales del córtex. Están implicadas en la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes, la inhibición de respuestas inapropiadas, la adecuada selección de conductas y su organización en el espacio y en el tiempo, la flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias, la supervisión de las conductas en función de estados motivacionales y afectivos, y la toma de decisiones”. (Verdejo, Orozco, Mermanns, Aguilar y Pérez, 2004, p. 1109)

Se presume que la función ejecutiva es una actividad propia de los lóbulos frontales, específicamente de sus regiones más anteriores, las áreas prefrontales, y sus conexiones recíprocas con otras estructuras subcorticales, tales como los núcleos de la base, el núcleo amigdalino, el diencefalo y el

cerebelo. A este substrato neuroanatómico y neurocomportamental se le ha denominado de manera genérica como frontal, prefrontal o áreas cerebrales anteriores. La complejidad de los lóbulos frontales es evidente en los diversos sistemas de conexiones recíprocas con el sistema límbico (sistema motivacional), con el sistema reticular activador (sistema de atención sostenida), con las áreas de asociación posterior (sistema organizativo de los reconocimientos), y con las zonas de asociación y las estructuras subcorticales (núcleos basales) dentro de los mismos lóbulos frontales (sistema de control sobre las respuestas comportamentales). Estas interconexiones, especialmente las proyecciones con el núcleo dorsomediano del tálamo, definen la particular organización histológica de la corteza isocortical prefrontal. En los humanos estas zonas alcanzan un tercio de toda la superficie del neocórtex, y se cree que integran los comportamientos intencionados, los cuales requerirían una planificación y organización secuencial de acciones Pineda, 2000, p.764.



Tomado de:

<https://www.google.com.ec/search?hl=es&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1010&bih=456&q=aerea+frontal+y+prefrontal+cerebrales&oq=aerea+frontal+y+prefrontal+cerebrale>

Las funciones ejecutivas dependen de la parte anterior de los lóbulos frontales específicamente de la corteza prefrontal que representa el 29% del total de la corteza en los humanos, el 17% en el chimpancé, el 8.5% en el macaco y el 3.5% del total de la corteza cerebral del perro. (Lopera, 2008, p. 62-63).

2.2.2 Actividades Cerebrales Superiores

Entre el conjunto de funciones directivas, aspectos de la programación y ejecución de las actividades cerebrales podemos mencionar las siguientes:

Iniciativa, Volición, Creatividad: tiene que ver con creatividad e iniciativa para planificar y programar acciones es uno de los componentes fundamentales de la función ejecutiva. Hace referencia a la capacidad de ser creativo para inventar opciones y alternativas ante situaciones nuevas y necesidades adaptativas y la capacidad de activar el deseo y la voluntad para la acción. (Lopera, 2008, p. 61-62).

Capacidad de Planificación y organización: no es suficiente con tener voluntad, iniciativa y creatividad, se necesita planificar y organizar planes de acción para llevar a cabo las iniciativas que conduzcan al cumplimiento de metas. Además está contemplada la capacidad de formular hipótesis, realizar cálculos y estimaciones cognitivas y generar estrategias adecuadas para resolución de problemas y conflictos. (Lopera, 2008, p.62).

Fluidez y flexibilidad para la ejecución efectiva de los planes de acción: se debe contar con una fluidez en los procesos de ejecución del plan pero sobre todo en los procesos de análisis y verificación de la ejecución de los planes de acción. Esta fluidez incluye flexibilidad para retroceder, corregir, cambiar el rumbo de los planes de acuerdo a verificaciones de los resultados parciales que se obtengan. (Lopera, 2008, p.62).

Procesos de atención selectiva concentración y Memoria operativa: las funciones ejecutivas requieren la participación de procesos atencionales, como la atención selectiva para acciones específicas y de una adecuada memoria operativa o memoria de trabajo para mantener activos los diferentes pasos y ejecutar con éxito los planes de acción. (Lopera, 2008, p.62).

Procesos de Monitoreo y Control Inhibitorio: se requiere además capacidad de monitorear todos los pasos, inhibir impulsos que puedan poner en riesgo el éxito de un plan y activar otros que dinamicen el proceso y monitorear todos los pasos para garantizar el feliz cumplimiento de los objetivos y las metas. (Lopera, 2008, p.62).

Para la evaluación de las funciones ejecutivas se han propuesto varias pruebas de 'lápiz y papel', como el test de Stroop, el test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST), la torre de Hanói o el Trail Making Test. Sin embargo, se reconoce que la realización de estos test se lleva a cabo de una forma un tanto sistematizada, producto de la falta de un modelo previo de partida sobre los procesos cognitivos implicados en el funcionamiento ejecutivo. Por lo que es casi imposible evaluarlas de forma exclusiva, y su evaluación se la realiza acompañada de otros aspectos cognitivos Tirapu y Luna (sf, p.239)

2.2.3 Déficit Ejecutivos

La parte pre frontal está considerada como la región cerebral que cuenta con un desarrollo filogenético y ontogénico más reciente. Visto desde el punto de vista funcional se afirma que es en esta región donde se encuentran las funciones ejecutivas, siendo estas las más complejas y evolucionadas del ser humano. Es por eso que estas funciones tienen un papel tan importante en la creatividad, la ejecución de actividades complejas, la conducta social, el desarrollo de las operaciones formales del pensamiento, la toma de decisiones o el juicio ético y moral. Es por esta razón que los tipos de déficit que se le

atribuyen a lesiones en el córtex prefrontal confinan un amplio abanico de alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas. Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.45.

En los últimos años se ha prestado mayor dedicación a la evaluación del déficit en las funciones ejecutivas en sujetos alcohólicos. Landa, Fernández y Tirapu, 2004 en su revisión detallaron un resumen de los principales estudios que se han ejecutado sobre alteraciones en funciones ejecutivas.

Tabla 1. Estudios sobre la afectación de las funciones ejecutivas en sujetos alcohólicos.

Autores y año	Test empleados	Habilidades en las que se constató déficit
Sullivan y col., 1993		Capacidad de resolución de problemas
Moselhy y col., 2001	Revisión de Estudios	Capacidad para ejecutar tareas psicomotoras complejas Capacidad para resolver problemas y manipular conceptos abstractos.
Noel y col., 2001	Torre de Londres Test de flexibilidad Test de Stroop	Capacidad de flexibilidad para planificar Capacidad para inhibir respuestas
Inhara y col., 2000	Batería que incluye: Trail making test, Test de Wisconsin modificado, test de Stroop	Capacidad para resolver problemas cotidianos Ejecución de tareas viso espaciales Flexibilidad mental La inhibición de respuestas automáticas
Sullivan y col., 2000	Test de Wisconsin (presentación verbal y no verbal)	Habilidades verbales y no verbales
Ratti y col., 2002	Test de Wisconsin	Flexibilidad mental
Corral y col., 2002	Test de Wisconsin	Flexibilidad mental

Tomado de: Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.46

En la mayoría de estos estudios los autores concluyen que existe una afectación neuropsicológica en las funciones correspondientes al lóbulo frontal.

Encontrándose marcado en la capacidad para ejecutar tareas psicomotoras complejas, manipulación de conceptos abstractos, ejecución de tareas visoespaciales, capacidad para resolver problemas, la inhibición de respuestas automáticas y la flexibilidad mental. Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.45-46.

Dentro de los estudios revisados por los autores concluyeron que existe una afectación del lóbulo frontal como estructura y del funcionamiento ejecutivo como función. Dicho esto es importante tomar en cuenta que la presencia de una disfunción en los lóbulos frontales tiene diferentes implicaciones por ejemplo en los tratamientos terapéuticos donde quizás es necesario que dichos programas se adapten a las capacidades cognitivas de los pacientes que acuden en busca de mejoras Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.45-46.

Cabe señalar que algunos autores han indicado que el déficit de las funciones ejecutivas puede entenderse como un factor de vulnerabilidad para padecer problemas de consumo no solo de alcohol sino como un patrón de consumo.

Vélez, Borja y Ostrosky, (2010) realizan un estudio sobre los efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión. Estudio mediante el cual buscan explorar si existe algún déficit cognoscitivo frente al consumo de marihuana. Esto debido a que la marihuana es la droga ilegal más utilizada en México, país donde se efectúa el estudio. Droga que al ser consumida puede provocar una pérdida del control interno y deterioro en funciones como: aprendizaje y memoria.

Los resultados obtenidos plantearon que los consumidores de marihuana mostraban un deterioro en sus estrategias de toma de decisiones, en comparación con los no consumidores. Se encontraron diferencias significativas entre la ejecución del grupo control y los consumidores de marihuana. Lo que parece indicar que el consumo a largo plazo puede provocar deficiencias neuropsicológicas, influyendo particularmente en las

habilidades de la toma de decisiones que involucre un balance entre recompensas y castigos. Vélez, et al, 2010, p. 312-313.

Por otro lado se ha hipotetizado que una hipofunción del córtex frontal podría ser un factor pre disponente de la dependencia alcohólica. Sobre esto se han realizado estudios con los hijos de personas con dependencia al alcohol, debido a que la probabilidad de que estos hijos desarrollen alcoholismo es hasta cinco veces superior a la población normal. Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.47.

Tabla 2. Estudios sobre alteraciones de las funciones ejecutivas en sujetos predispuestos a desarrollar abuso y dependencia a sustancias

Estudio	Tipo de Muestra	Test empleados o funciones evaluadas	Resultados
Corral y col., 1999	102 sujetos de 7 a 15 años que fueron agrupados en función de la densidad familiar de alcoholismo.	Atención y Funciones frontales	Los sujetos con mayor densidad de alcoholismo ejecutaban peor las pruebas.
Tapert y col., 2002	66 jóvenes considerados de alto riesgo	Procesos Atencionales	La capacidad atencional predecía posteriores problemas de consumo.

Tomado de: Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.47.

2.2.4 Síndrome disejecutivo

Este síndrome está caracterizado por cuatro rasgos específicos:

- a) Centrarse en una tarea y finalizarla sin un control externo.
- b) Establecer nuevos repertorios conductuales y utilizar estrategias operativas.
- c) Mantener una conducta flexible y creativa, con una evidente falta de flexibilidad cognitiva.
- d) Anticipar las consecuencias de su comportamiento, lo que provoca una mayor impulsividad e incapacidad para posponer una respuesta. (aspecto crucial en las conductas adictivas)

Varios estudios han confirmado la existencia de un déficit en los sujetos alcohólicos, siendo las características antes mencionadas una parte esencial del sujeto con dependencia. Baddeley y Wilson, 1988, pp. 3.

2.2.5 Funciones Ejecutivas en el test Neuropsi

Para este estudio la herramienta que utilizaremos evalúa atención, funciones ejecutivas y memoria, dentro de cada una de estas se encuentran las respectivas subpruebas de evaluación.

Con respecto a funciones ejecutivas las subpruebas utilizadas fueron: formación de categorías, fluidez verbal semántica, fluidez verbal fonológica, fluidez no verbal, funciones motoras y el test de Stroop.

Formación de categorías: está sub prueba evalúa la capacidad para analizar y agrupar en categorías semánticas una serie de animales y objetos en el mayor número posible de categorías, donde además se encuentran implicadas las capacidades de abstracción, iniciativa y flexibilidad mental. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 258).

Prueba de Stroop: *“Evalúa la capacidad del sujeto para inhibir una respuesta automática y para seleccionar una respuesta en base a un criterio arbitrario.”* (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 251).

Funciones motoras: *“Sirve para explorar la actividad psicológica que depende fundamentalmente de la integridad de las zonas secundarias y terciarias de la corteza cerebral”.* (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 177).

Fluidez verbal y fonológica: *“Esta prueba evalúa la producción de palabras espontáneas bajo condiciones de búsqueda restringidas (fluidez de asociación verbal)”.* (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 230).

2.3 ATENCIÓN

2.3.1 Definición

La atención es un proceso cognitivo de ayuda para el resto de procesos cognitivos superiores. Consiste en un proceso psicológico básico e indispensable para el procesamiento de la información. Basado en un complejo sistema neuronal encargado del control de la actividad mental. (Londoño, 2009, p.91)

Luria, 1984 citado en Londoño, 2009, p.92 indica que la atención es un proceso activo y no estático que mantiene una estrecha relación con diferentes factores como el contexto, la experiencia y los motivos. La atención necesita de la función de los órganos de los sentidos, ya que son estos los que permiten focalizar la atención hacia ciertos estímulos.

“La atención influye en nuestro comportamiento y en nuestras emociones, el complejo emoción-cognición da lugar a un sin número de vivencias conscientes que llevan a manifestar conductas socialmente adaptativas.” (Londoño, 2009, p.100)

En la actualidad el estudio de la atención se fundamenta en tres factores principales:

- 1) La orientación hacia estímulos sensoriales
- 2) Las funciones ejecutivas
- 3) El mantenimiento del estado de alerta

Debido a la importancia de la atención para el procesamiento sensorial y cognitivo, es común encontrar que los desórdenes atencionales son frecuentes y se han considerado como una de las condiciones neurológicas más devastadoras actualmente. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 71)

2.3.2 Niveles de Atención

Se han postulado diferentes niveles de atención pero esta vez nos centraremos en los niveles de atención que fueron tomados en cuenta por los autores de la herramienta de evaluación.

Orientación: es la que permite establecer el nivel de conciencia y estado general de activación. Consiste en tener conciencia de sí mismo con relación a sus alrededores. Consiste en una fiable integración de la atención, percepción y memoria. (Lezak, 2004 citado en Ardila & Ostrosky, 2012, p. 128)

Atención enfocada: reside en la habilidad para responder de forma específica frente a estímulos visuales, auditivos o táctiles. La atención se encuentra centrada en una sola fuente de estímulo de información e ignora los demás estímulos presentes. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 128)

Atención sostenida: se refiere al hecho de que la ejecución en tareas de atención varía en función de las características temporales de la tarea. Es la habilidad para mantener una respuesta conductual consistente durante la actividad continua y repetitiva. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 129)

Atención selectiva: alude al proceso mediante el cual se le da prioridad a algunos elementos sobre otros. Es la habilidad para elegir los estímulos relevantes para una tarea, dejando de lado los estímulos irrelevantes que pueden causar distracción. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 129)

Atención alternada: se refiere a la capacidad de flexibilidad mental que permite a los individuos cambiar su foco de atención y moverse entre otras tareas que tienen diferentes requisitos cognitivos. Ejemplo: una recepcionista que para desempeñar su trabajo debe contestar el teléfono, atender clientes, realizar trabajos en la computadora y resolver inquietudes. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 131)

2.4 MEMORIA

2.4.1 Definición

Sokolov, 1970 citado en Ardila & Ostrosky, 2012, p. 140, dice: *“La memoria es un mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal”*.

Sohlberg y Matter, 1989 citado en Ardila et al., 2012, p. 10; Ardila & Ostrosky, 2012, p. 140. Manifiesta que la memoria permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente. La memoria es considerada uno de los aspectos más importantes en la vida diaria del ser humano debido a que refleja experiencias pasadas, da pie momento a momento, a adaptarse a situaciones presentes que nos permiten guiarnos hacia el futuro.

Al igual que la atención, la memoria es un proceso cognitivo complejo que interviene en muchos procesos cognitivos como por ejemplo en la adquisición del lenguaje. Ardila & Rosselli, 1992 citado en Ardila & Ostrosky, 2012, p. 140

“Existen diferentes etapas en la memoria: una fase de retención o de registro, en el cual el sujeto recibe la información, una fase de almacenamiento o de conservación de la información y una fase de evocación o de recuperación de la huella de la memoria”.(Ardila & Ostrosky, 2012, p. 141)

En cuanto al tiempo de retención de la información puede variar desde segundos como es el caso en la retención de dígitos, hasta semanas o años como por ejemplo los recuerdos de la infancia. (Ardila et al., 2012, p. 10)

En la actualidad se han propuesto diferentes modelos tanto estructurales y de procesamiento, relacionados con la memoria. Para nuestro estudio revisaremos brevemente los involucrados en el mismo.

2.4.2 Tipos de Memoria

Memoria sensorial: es la antesala de la memoria a corto plazo, su característica es tener una capacidad relativamente grande y su naturaleza transitoria. Aquí es el almacén donde se perciben todos los estímulos mediante los sentidos, ya que el ser humano percibe el mundo por medio de los sentidos.

A pesar del bombardeo constante de estímulos no registramos toda la información, sin embargo si le prestamos atención está pasaría a una segunda etapa llamada memoria a corto plazo. (Ardila et al., 2012, p.10; Ardila & Ostrosky, 2012, p. 141).

Memoria a corto plazo: está relacionada directamente con la evocación de la información inmediatamente después de su presentación. Al contrario de la memoria sensorial está cuenta con una capacidad limitada debido al descubrimiento de que la información se pierde principalmente por un proceso de desplazamiento y por una tasa más lenta de olvido. (Atkinson y Shiffrin,

1968; Shiffrin, 1993; Shiffrin y Nsofsky, 1994; Shulman, 1971; Vega, 1986; citados en Ardila & Ostrosky, 2012, p. 141).

Memoria a largo plazo: se refiere a la evocación de la información después de un intervalo de tiempo, durante el cual el paciente se ha enfocado en otras tareas. La diferencia con el almacén a corto plazo es que la memoria de largo plazo no tiene límite de almacenamiento y el olvido de la información es de manera más lenta o no se presenta. (Baddeley, 1966; Guillund, 1984; Shiffrin & Atkinson, 1969; Vega, 1986; citados en Ardila & Ostrosky, 2012, p. 142).

2.4.3 Afectación de la memoria en sujetos alcohólicos

Landa, Fernández y Tirapu, (2004), realizaron un estudio que consistió en una revisión de estudios previos realizados a sujetos alcohólicos, e indicaron que es difícil hablar del deterioro de la memoria de forma unitaria, ellos proponen el funcionamiento y el deterioro de una forma homogénea para entender esto de mejor manera se presenta el siguiente cuadro, donde se observan los diferentes estudios realizados sobre el estudio de la memoria en sujetos alcohólicos. De los cuales efectuaron la revisión los autores para su publicación.

Tabla 3. Estudios sobre la afectación de la memoria en sujetos alcohólicos

Autores y año	Test empleados	Hallazgos	
		Déficit	Habilidades conservadas
Kapur y Butters, 1977	Aprendizaje de pares asociados	Memoria Visual	
Query y Berger, 1980	Rey Auditory Verbal Learning Test	Memoria de trabajo	
Leber y col., 1981	Escala Revisada de Memoria Wechsler (versión de Rusell)	Memoria Visual	
Tarquini y Masullo, 1981	Rey Auditory Verbal Learning Test	Memoria de trabajo	
Brandt y col., 1983	Aprendizaje de pares asociados	Memoria de trabajo	Memoria visual
Becker y Jaffe, 1984	Aprendizaje de pares asociados	Memoria de trabajo	
Hightower y Anderson, 1986	Escala Revisada de Memoria Wechsler (versión de Rusell)	Memoria general Atención y concentración Memoria Visual Memoria demorada	Memoria Verbal
Nixon y col., 1987	Escala Revisada de Memoria Wechsler (versión de Rusell)	Memoria general Atención y concentración Memoria Visual Memoria demorada	Memoria Verbal

Tomado de: Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.43-44

Autores y año	Test empleados	Hallazgos	
		Déficit	Habilidades conservadas
Eckardt y col., 1995	Escala de Memoria Wechsler Tactual performance test Test de categorías semánticas		Memoria
Sullivan y col., 2000	Brown- Peterson distractor test Escala de Memoria Wechsler		Memoria declarativa Memoria a corto plazo
Ambrose y col., 2001	The delayed alternation task	Memoria de trabajo	
Sullivan y col., 2002	Escala de Memoria Wechsler		Memoria de trabajo Bucle Articulario Agenda visoespacial

Tomado de: Landa, Fernández y Tirapu, 2004, p.43-44

Landa, Fernández, Tirapu, López, Castillo y Lorea (2006) realizaron un estudio exploratorio acerca de alteraciones neuropsicológicas en alcohólicos. Donde las únicas diferencias encontradas son en el subtest de memoria lógica, tanto en la reproducción inmediata como en la diferida, y en el tiempo empleado para la ejecución de la copia de la Figura de Rey, también la capacidad para realizar nuevos aprendizajes verbales era inferior en el grupo de alcohólicos.

2.5 TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL

2.5.1 Definición e Histología

“El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo.” (Saavedra, sf, p. 1)

Es desde épocas remotas que existen dos tipos de bebedores, los que beben socialmente y los que además de beber socialmente terminan siendo sometidos por la sustancia, teniendo esto un gran efecto en sus vidas de impacto psicológico, familiar, social y físico. Convirtiendo a la sustancia en un objeto autoritario. (Fernández, sf, p. 52)

Actualmente el alcohol está actuando como un factor de comorbilidad que implica otros problemas sociales como: los accidentes de tránsito, las riñas callejeras, problemas de violencia intrafamiliares, violaciones, la práctica de sexo sin responsabilidad siendo este un aliciente muy importante para acrecentar las cifras de las enfermedades de transmisión sexual.

El alcoholismo puede definirse de varias maneras, por el volumen de alcohol que contienen las bebidas alcohólicas o por la regularidad del consumo, en cualquiera de los dos casos varía dependiendo del país, cultura, educación y religión. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 2)

Según la American Psychiatric Association (1994) citado en Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos III, (2001, p.155), existen varias características esenciales y asociadas al alcoholismo, cuando se trata del abuso de esta droga se alude a un patrón de inadaptación de su consumo manifestado por unas consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el uso repetido del mismo. Además de las conductas de inadaptación, un gran número de investigaciones recientes han documentado los desajustes cognitivos en quienes abusan del alcohol pero que no han llegado a padecer el síndrome de Korsakoff.

2.5.2 El consumo en el Ecuador

El consumo del alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y amparador de la convivencia. El alcohol es una de las bebidas embriagantes, consumidas con moderación y en los contextos permitidos,

reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. Los bebedores "normales" disfrutaban de las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian diferentes calidades de bebidas. Desafortunadamente, proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales a causa del consumo inmoderado de alcohol. El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. El alcohol es la droga más ampliamente consumida por los adolescentes en el Ecuador. (El alcoholismo y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto Tecnológico Superior "Rumiñahui", sf, p.1)

El consumo elevado de alcohol por parte de jóvenes se está convirtiendo en un problema social y familiar importante pero también en un problema de salud considerable. En nuestro país de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP), Coordinación General de planificación, Dirección Nacional de información, seguimiento y control de gestión, el número de casos atendidos en las unidades operativas del MSP por alcoholismo que constan en registro son los siguientes:

- Año 2010, 4198 casos atendidos.
- Año 2011, 5268 casos atendidos.
- Año 2012, 4312 casos atendidos.

Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (MSP)

Siendo las provincias ubicadas en la región Sierra y parte de la Amazonía Ecuatoriana las que presentan mayor índice de consumo a nivel de país.

2.5.3 Afectaciones por el consumo

El consumo abusivo ocasiona daños en el cerebro, ya que la corteza prefrontal (CP) es una de las regiones que resulta más afectada.

El alcohol puede alterar tanto la estructura como la función del Sistema Nervioso Central (SNC) de manera significativa provocando la aparición de un cierto grado de deterioro neuropsicológico. (Rosenbloom, Sullivan y Pfefferbaum, 2003 citado en Moreno, Expósito, Sanhueza y Angulo, 2008, p 271- 272)

Los cambios que ocurren en regiones como el hipocampo o el neocortex son de especial relevancia porque son estructuras implicadas en procesos como la atención, memoria o procesos ejecutivos, los cuales podrían verse alterados en el paciente con dependencia al alcohol. En torno a un 75% de alcohólicos manifiestan disfunciones neuropsicológicas significativas (Landa, Fernández-Montalvo y Tirapu, 2004; Roehrich y Goldman, 1993 citado en Moreno, Expósito, Sanhueza y Angulo, 2008, p. 272.)

Se ha reportado que la ingesta leve o moderada de alcohol reduce el riesgo de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Sin embargo también se ha observado que el uso y abuso crónico de alcohol tiene efectos negativos y puede exacerbar los síntomas de deterioro cognoscitivo y daño cerebral irreversible. (Navarro, Guerrero y Borgues, 2007, p.467)

2.5.4 Tipos de consumo

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la organización Mundial de la Salud (OMS) como: consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.(Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 2.)

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado *bingedrinking*, que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, que implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo

menos 60g de alcohol en una sola ocasión. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 2.)

La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo. En contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 2.)

Abuso o consumo perjudicial: se habla de este tipo de consumo cuando, el consumidor se siente afectado en su salud física y mental. En este momento el consumidor ha abandonado sus responsabilidades y el consumo se ha asociado incluso con problemas legales. Pero a pesar de esto el consumidor sigue ingiriendo la sustancia. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, (2007), p. 44-45

Dependencia al alcohol: hace referencia a la dependencia cuando la persona ha generado una neuroadaptación hacia la bebida, volviéndola parte central de su vida. Es evidente la necesidad de consumo, la falta de control hacia el consumo, como la tolerancia y el síndrome de abstinencia cuando el sujeto no se encuentra bajo los efectos de la sustancia. . Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, (2007), p.45

2.5.5 Principales características clínicas de la dependencia del alcohol

Deseo insaciable Gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.

Pérdida de control Incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.

Dependencia física Síndrome de abstinencia con síntomas tales como: náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.

Tolerancia Necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin

de sentirse eufórico.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, (2007), p.45

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social. Para esto el diagnóstico clínico se realiza en base al DSM- IV o de acuerdo al CI-10, dependiendo de cada país, en el cual el paciente debe cumplir tres de los siguientes criterios diagnósticos:

2.5.6 Criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV)

Patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia en este caso, el síndrome de abstinencia por alcohol. (criterios A y B)
 - b) La toma de la misma sustancia o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de la sustancia o de los efectos del alcohol.
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales

Criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, sf, p.224

La ingesta y abuso de alcohol está frecuentemente ligada al consumo de otras drogas, o en muchas ocasiones es el alcohol quién entra a reemplazar el efecto de dichas drogas para disminuir los efectos de abstinencia que éstas causan.

Como lo habíamos mencionado anteriormente el alcohol es la causa de uno cada cinco pacientes que ingresan en terapia intensiva están relacionados con alcohol en los Estados Unidos. Siendo esta sustancia la responsable del 55% de las muertes que están relacionadas con la conducción. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, sf, p.245, 246.

El alcohol opera sobre el centro del placer y la recompensa del Sistema Nervioso Central (SNC), acrecentando la liberación de dopamina.

Los mecanismos por los que el alcohol activa la vía dopaminérgica no están totalmente establecidos, y parece ser que el alcohol estimularía esta vía de forma indirecta, a través de su acción sobre diferentes sistemas de neurotransmisión, fundamentalmente los sistemas GABA-érgico, opioide endógeno, glutamatérgico y el serotoninérgico. Esta sensación de placer inducida por el consumo del alcohol, se acompaña de un mensaje, que se imprime en el cerebro y es memorizado. Esta memoria actúa como un refuerzo de la conducta de búsqueda de un nuevo consumo cuando se disipa la acción euforizante del alcohol. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, (2007), p.61

El consumo de alcohol depende de la cultura y el tipo de sociedad, así podemos señalar que en el continente Europeo es el lugar de mayor consumo de bebidas alcohólicas en el mundo, dando como promedio un consumo de quince litros por año por persona.

Sin embargo este es un problema de salud mundial y los intentos por realizar campañas que concienticen los efectos físicos, psicológicos y sociales dentro de la sociedad siguen dándose en ciertos países con mayores recursos mientras que en otros casi no se toma en cuenta este problema de salud.

En nuestro país en realidad no se han evaluado las consecuencias que la ingesta de alcohol nos ha traído como sociedad, familia y personal lamentablemente. Finalmente no podemos dejar de decir que el consumo de alcohol es una cuestión cultural y un medio de socialización con el que convivimos actualmente. Al igual que es evidente que cada vez la edad promedio de inicio de consumo va disminuyendo.

3. OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo general:

- Determinar si existe deterioro en el desempeño de las funciones ejecutivas en pacientes con dependencia al alcohol.

3.1.2 Objetivos específicos:

- Establecer la existencia de diferencias significativas entre la muestra clínica y el grupo control.
- Conocer cuáles son las áreas cognitivas que muestran deterioro en pacientes estudiados.
- Encontrar las subfunciones ejecutivas con mayor deterioro en pacientes con síndrome de dependencia al alcohol, de acuerdo a las áreas cognitivas evaluadas.

4. HIPOTESIS

- Existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas y los pacientes con dependencia al alcohol.

5. MÉTODO

5.1 Tipo de diseño y enfoque

El presente estudio se estructuró desde una perspectiva descriptivo-relacional desde el enfoque cuantitativo.

Lo cuantitativo se conceptualiza en la forma en que se realizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que pueda ser sometido a análisis. Haciendo referencia a lo relacional estos tienen el propósito de evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.117-121).

5.2 Muestra/ Participantes

El presente trabajo contempla una muestra no probabilística debido a que se realizó en base a una muestra adjudicada por criterios de inclusión y exclusión para el grupo con dependencia al alcohol, grupo al que se lo denominará de ahora en adelante como grupo clínico y de igual forma para el grupo control para la aplicación de la herramienta.

Esta investigación cuenta con dos tablas de criterios de inclusión y exclusión debidamente adaptados al grupo clínico y grupo control respectivamente como se describe más adelante.

Con respecto al grupo clínico la muestra está compuesta por 10 pacientes de dos centros especializados de rehabilitación en adicciones de la ciudad de Quito. Y los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para la participación de los candidatos fueron los siguientes:

Tabla 4. Descripción de los criterios de inclusión y Exclusión Grupo Clínico

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir los criterios diagnósticos del DSM- IV para la dependencia alcohólica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener o haber tenido diagnóstico médico de patología mental. Historia Clínica del paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Tener una edad comprendida entre 30 a 50 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Verse o haber sido afectado por un traumatismo cráneo-encefálico importante.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser de género masculino (la población en los centros de rehabilitación en su mayoría son varones) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la abstinencia de alcohol las tres semanas previas a la evaluación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con al menos doce años de estudio (bachillerato) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar voluntariamente en el estudio después de haber sido debidamente informado. 	

La muestra control fue el personal de una empresa pública, que se encontraba dentro de los parámetros de inclusión para este estudio y que accedió a participar de forma voluntaria.

Los criterios de inclusión y exclusión para el grupo control que se aplicaron fueron los siguientes:

Tabla 5. Descripción de los criterios de inclusión y Exclusión Grupo Control

Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Tener una edad comprendida entre 30 a 50 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener o haber tenido diagnóstico médico de patología mental.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser de género masculino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verse o haber sido afectado por un traumatismo cráneo-encefálico importante.
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con al menos doce años de estudio (bachillerato) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Participar voluntariamente en el estudio después de haber sido debidamente informado. 	

Además los dos grupos se encuentran pareados en edad, sexo, género y nivel de estudios.

5.3 Recolección de datos

Para este estudio se realizó una entrevista previa a los posibles candidatos, en la misma que se consideraron todos los criterios de inclusión y exclusión revisados anteriormente. Una vez que el sujeto cumplió con todos los criterios necesarios para poder participar del estudio se le pidió que firmara el consentimiento informado.

El instrumento evaluativo que se utilizó fue la evaluación neuropsicológica NEUROPSI atención y memoria 2da. Edición. El mismo que se describe en sus características a continuación.

El NEUROPSI, atención y memoria se encuentra compuesto por reactivos sencillos y cortos. En esta evaluación se incluyen subpruebas con alta validez neuropsicológica, las mismas que se adaptaron para evaluar diferentes poblaciones. Para poder realizar la aplicación del test se necesito: la libreta de estímulos, protocolo de aplicación, hojas en blanco, lápiz y cronometro.

La duración estimada por la herramienta es de 60 minutos hasta 80 minutos, dependiendo el tipo de población al que se aplique.

“El instrumento cuenta con una base sólida de datos normativos que se obtuvieron en una población hispanohablante sana, que sirven como referencia objetiva para poder realizar estudios con población patológica y para poder identificar y diagnosticar a tiempo sujetos que cursan con alteraciones sutiles. Puede emplearse para la identificación y seguimiento de problemas en áreas de atención y memoria. Es útil para especialistas relacionados en el campo de la salud mental, física”.
(Ostrosky et al., 2012, p.17)

Para la obtención de los datos normativos se aplicó el instrumento a una población compuesta por 950 individuos sanos de entre 6 y 85 años de edad.

La muestra se dividió en nueve grupos de la siguiente forma: 6-7, 8-9, 10-11, 12-13, 14-15, 16-30, 31-55, 56-64, y 65-85, cada grupo quedo integrado por 55 examinados. Debido a la importancia que tiene la evaluación en la población analfabeta, se ratifico la muestra de adultos de acuerdo a tres niveles educativos: bajo, 0-3 años de estudio; medio, 4 a 9 años de estudio; alto, de 10 a 24 años de escolaridad. (Ostrosky et al., 2012, p.17)

La calificación de esta herramienta aporta datos cuantitativos y cualitativos. Se cuantifican los datos naturales y luego se los transforma en puntuaciones normalizadas. Se obtiene por separado la puntuación de la ejecución de pruebas de atención y funciones ejecutivas, memoria y finalmente una global

compuesta por las anteriores. Los datos naturales se convierten a puntuaciones normalizadas con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Además de las puntuaciones totales, con los datos independientes de cada habilidad cognoscitiva evaluada se obtiene un perfil individual, este señala las habilidades e inhabilidades del sujeto evaluado en cada una de las subpruebas. Los datos naturales de las 29 subpruebas se convierten a puntuaciones normalizadas con una media de 10 y una desviación estándar de 3. (Ostrosky et al., 2012, p.17-18)

Tanto para la puntuación total como para las diversas subpruebas nos permiten obtener un grado o nivel de alteración que se clasifica en: 1) normal alto, 2) normal, 3) leve moderado, o 4) severo.

Ficha técnica de la herramienta:

Nombre: Test NEUROPSI atención y memoria 2ª edición.

Autores: Feggy Ostrosky Solís, Ma. Esther Gómez, Esmeralda Matute, Mónica Roselli, Alfredo Ardila y David Pineda. 2012

Formas de aplicación: individual

Áreas que evalúa: orientación, atención y concentración, memoria (trabajo, codificación, evocación) y funciones ejecutivas.

Confiabilidad test retest

Se administro el Neuropsi a un grupo de 40 personas cognoscitivamente intactos, dentro de un intervalo de tres meses. Aplicado y calificados por dos diferentes examinadores, la confiabilidad global test retest fue 0.87. Los datos indican que las respuestas y errores son estables y que no existen efectos de practica o deterioro en una población normal. La confiabilidad entre examinadores fue de 0.89 a 0.95. (Ostrosky, Ardila yRosselli, sf.p.10)

Validez

Se examinó la sensibilidad del Neuropsi a las alteraciones cognoscitivas que presentan varios grupos clínicos incluyendo: depresión, demencia, lupus, esquizofrenia, alcoholismo, daño focalizado derecho e izquierdo. El Neuropsi clasificó correctamente a pacientes con demencia leve y moderada de un grupo control con una exactitud mayor de 91.5%, y en sujetos con daño comprobado por Tomografía Axial Computarizada (TAC), el Neuropsi clasificó con un 95% de acierto. En una comparación hecha entre el Neuropsi y Mini Mental sobre sensibilidad (identificación correcta de trastornos cognoscitivos en las personas afectadas, índice de falsos negativos) y de la especificidad (identificación correcta de la ausencia de trastornos cognoscitivos en las personas que no están afectadas, índice de falsos positivos) de los dos instrumentos en una población de 40 pacientes con lesiones neurológicas documentadas con TAC, resonancia magnética nuclear o EEG, el Neuropsi identificó trastornos cognoscitivos en 38 pacientes y el Mini- Mental en 16. Ostrosky, Ardila y Rosselli (sf, p.10-11)

5.4 Procedimiento

En cuanto a la muestra control, esta fue tomada de una institución pública. Se realizó el contacto con la persona a cargo de personal de esta institución.

Se detalló la razón de la presente investigación con la explicación de que se trataba de un trabajo previo a la obtención del título de psicólogo clínico.

Para dicha explicación la autora del presente trabajo se afianzó en la investigación realizada en México por Landa, Montalvo, Tirapu, López, Castillo y Lorea en el año 2006.

Una vez obtenida la autorización correspondiente, se organizó una pequeña reunión con un número de 20 trabajadores de esta institución que se

encontraban entre los 30-50 años de edad y eran de género masculino. En esta reunión se les explicó en qué consistía el estudio, además que se trataba de un trabajo previo a la obtención del título de pregrado de la Universidad De Las Américas.

Cuando los posibles candidatos contaron con la información, se les pidió que de forma voluntaria manifiesten quienes desearían participar de este estudio una vez conocidos los criterios de inclusión y exclusión respectivamente. Finalmente se consolidó un grupo de 10 personas, necesarias para la presente investigación.

Previa a una entrevista estructurada inicial (Anexo 2), donde a cada voluntario se le volvió a preguntar su edad, escolaridad, si contaba con algún traumatismo craneoencefálico importante, si en algún momento había sido diagnosticado con alguna patología o enfermedad mental y si su participación era voluntaria.

Una vez completada esta entrevista se procedió a firmar el consentimiento informado e inmediatamente a la aplicación del test.

Como ha sido mencionado anteriormente la muestra clínica fue tomada de dos centros de atención: El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón y de la Casa De Reposo San Juan de Dios.

En el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón fue más factible el acceso a la muestra y el procedimiento que se siguió para el contacto con la misma fue el siguiente:

1. Revisión de las historias clínicas de los posibles candidatos.
2. Registrar Diagnóstico de dependencia al alcohol (F.10) en la historia clínica. En esta Casa de Salud los pacientes fueron diagnosticados

mediante las siguientes herramientas: test Audit de dependencia al alcohol, la mini entrevista neuropsiquiátrica Internacional, una anamnesis y los criterios del DSM-IV.

3. Se procede con la entrevista individual, donde se explica el objetivo del estudio y se aplica los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente para el grupo clínico (Anexo 1). Si el paciente cumplió con los criterios, se le indicó que la aplicación del test era aproximadamente de una hora y si el posible candidato se encontraba de acuerdo se procedía con la firma del consentimiento informado y la programación de la fecha de aplicación del test.

En la casa de reposo San Juan de Dios el acceso fue más retardado debido a que la directora del Centro me solicitaba un documento emitido por la Universidad para poder autorizar el trabajo. Sin embargo después de tener una reunión con la Directora donde se le indicó que la Universidad no entregaba ningún documento para este tipo de trabajos y de exponerle el objetivo e importancia de poder contar con un estudio de este tipo en nuestro país, recalcándole siempre el aporte clínico a los procesos de diagnóstico y terapéuticos para los pacientes con dependencia al alcohol y siendo un gran número de pacientes los que contaban con este diagnóstico dentro de esta Casa de Salud se logra obtener la autorización de la directora, bajo la condición que todos los pacientes con diagnóstico de (F.10) que se encuentran al momento en el centro sean evaluados.

En una de las reuniones de grupo se facilitó un espacio de tiempo para poder explicar a todos los pacientes en qué consistía la investigación, cual era la herramienta a utilizarse y donde se la había utilizado anteriormente. La idea fue acogida por los participantes teniendo un total de 13 pacientes, se procede a aplicar la entrevista inicial (Anexo 1) y posteriormente la aplicación del test.

Finalmente se toman en cuenta solo los pacientes que cumplieron con los criterios para la presente investigación.

Es importante señalar que en esta Casa de Salud los pacientes que registraron diagnóstico de dependencia al alcohol en sus historias clínicas fueron diagnosticados con las siguientes herramientas: entrevista por la trabajadora social, aplicación de los test de dependencia al alcohol Cage, Audit, anamnesis y evaluación física donde constan todos los exámenes clínicos. Con los resultados de todas estas herramientas los pacientes fueron diagnosticados con diagnóstico de dependencia al alcohol (F.10) en sus historias clínicas.

Es sustancial anotar que el ambiente de evaluación en los dos casos fueron lugares ventilados y adecuadamente iluminados, las herramientas utilizadas fueron exactamente las mismas (lápiz, cronometro, hojas en blanco, cuadernillo de aplicación y libreta de estímulos.)

5.5 Análisis de datos

Para el análisis de resultados del presente estudio fue necesario utilizar una prueba estadística que permitió evaluar si dos mediciones difieren entre sí de manera significativa. En este caso se utilizó para comparar dos grupos con una variable independiente.

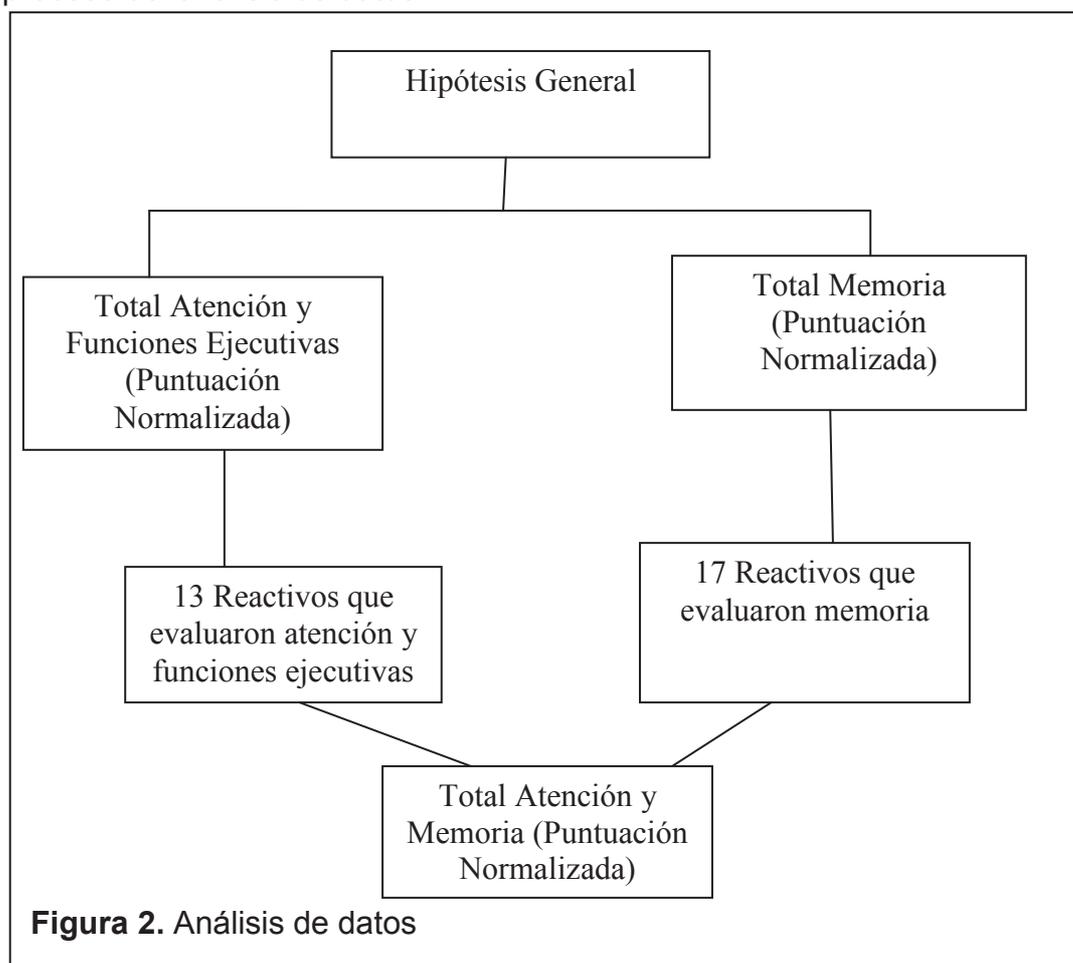
La prueba estadística T-student sirvió para realizar la medición de las medias de dos grupos pequeños, es decir grupos que estén conformados por menos de 30 datos, siendo este el caso de esta investigación.

“Este tipo de pruebas se suelen usar cuando se elige una muestra de individuos que han seguido cierto tratamiento (por ejemplo un placebo), y otra muestra que ha recibido otro tratamiento (por ejemplo, un fármaco de pruebas)”. López y Montiel, sf, p. 23.

Las muestras de este estudio son muestras independientes debido a que cada uno de los miembros que conforman los grupos ha sido seleccionado independientemente del otro grupo. Es decir cada grupo mantiene sus características independientes.

La presente investigación cuenta con dos muestras independientes las mismas sirven para tratar problemas como si el nivel de cierta vitamina es similar en los individuos que padecen cierta enfermedad frente a un grupo de individuos que no la padecen y de esta forma comparar si los valores de una muestra tienen tendencia a ser mayores que los de la otra dentro de un determinado tiempo. (López y Montiel, sf, p. 25.)

El proceso para el respectivo análisis de los resultados fue el propuesto por los autores de la herramienta (Ostrosky et al., 2012), a continuación se detalla el proceso del análisis de datos.



6. RESULTADOS

En este apartado se presenta los resultados obtenidos de la evaluación neuropsicológica tanto en el grupo clínico como en el grupo control de acuerdo a la clasificación realizada por los autores (Ostrosky et al., 2012) la misma que se detalla a continuación:

- Puntuaciones totales atención y funciones ejecutivas-Puntuación Normalizada
- Puntuaciones de los 13 reactivos que evaluaron atención y funciones ejecutivas.
- Puntuaciones totales memoria- Puntuación Normalizada
- Puntuaciones de las 17 pruebas aplicadas que evaluaron memoria.
- Puntuaciones totales atención y memoria- Puntuación Normalizada

Para la presentación de resultados se manejo una hipótesis general la misma que se fue alternando dependiendo del análisis y resultado de cada uno de los reactivos aplicados de acuerdo a la clasificación propuesta por los autores de la evaluación neuropsicológica empleada en esta investigación. De acuerdo con esto las hipótesis se plantearon de la siguiente forma:

H1: Es decir existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas y los pacientes con dependencia al alcohol.

H0: No existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas y los pacientes con dependencia al alcohol.

TOTAL ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS PUNTUACIÓN NORMALIZADA

Tabla 6. Total atención y funciones ejecutivas puntuación normalizada

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
Puntuación normalizada AFJ	CONTROL	10	115,1000	6,52261	2,06263	
	CLINICO	10	99,4000	11,04737	3,49349	

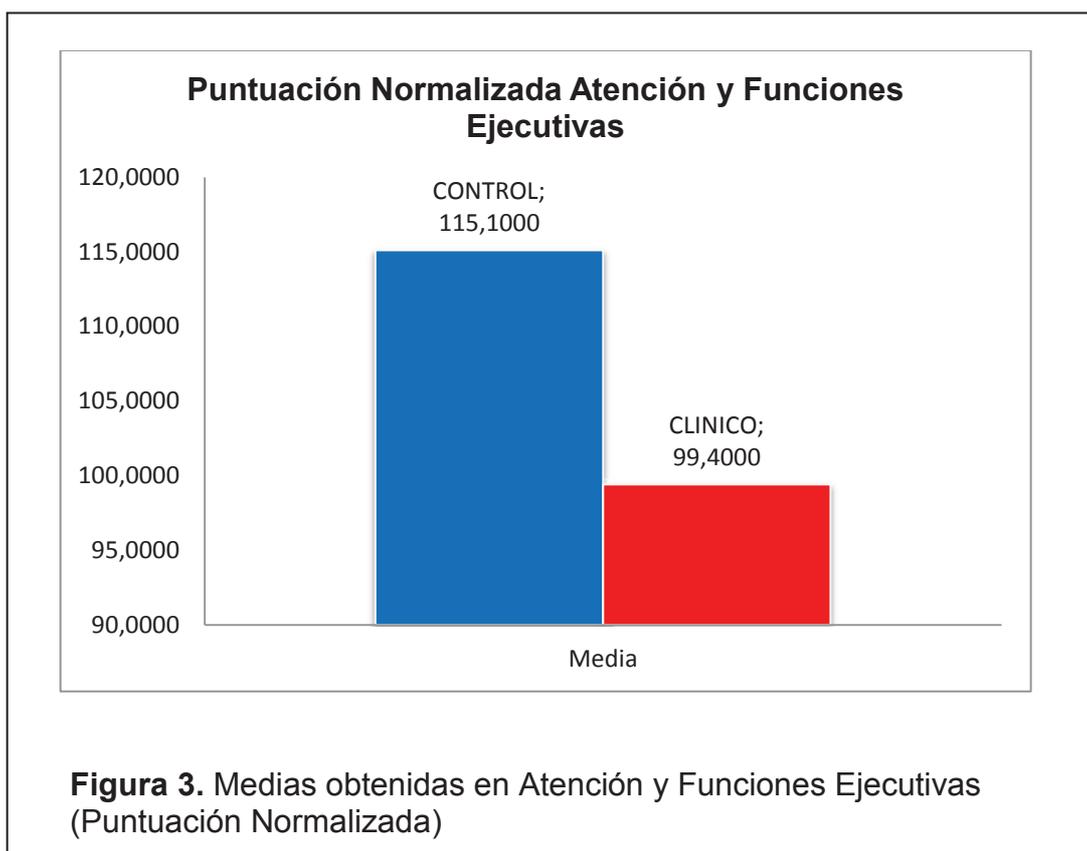
Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilate ral)	Diferen cia de medias	Error típ. de la diferenci a	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferio r	Super ior
Puntuación normalizada AFJ	Se han asumido varianzas iguales	4,01	,060	3,87 0	18	,001	15,700	4,056	7,176	24,22 3
	No se han asumido varianzas iguales			3,87 0	14,5 9	,002	15,700	4,056	7,031	24,36 8

En la tabla anterior se encontró una media de 115,100 para el grupo control, mientras que la media para el grupo clínico fue 99,400. En lo que respecta a la puntuación normalizada obtenida en el total de atención y funciones ejecutivas, de acuerdo a los autores de la herramienta (Ostrosky et al., 2012).

También encontramos el valor de $t=3,870$, con un valor significativo de $p<0,05$ lo que indica que existen suficientes razones para rechazar H_0 por tanto se acepta H_1 . Es decir existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) y los pacientes con dependencia al alcohol.

Los resultados de las medias se evidencian de mejor manera a continuación en la Figura 3.



REACTIVOS QUE EVALUARON ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS

Ahora se realiza una revisión de cada una de las pruebas que se aplicaron para obtener la puntuación total de atención y funciones ejecutivas (puntuación normalizada), las mismas que se conforman por 13 pruebas para este apartado. Donde las hipótesis utilizadas fueron las siguientes:

H1: Existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) Puntuación orientación total y los pacientes con dependencia al alcohol.

H0: No existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) Puntuación orientación total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 7. Puntuación orientación Total (Atención)

Estadísticos de grupo					
TIPO		N	Media	Desviación típ.	Error tít. de la media
ORIENTACION TOTAL	CONTROL	10	7,0000	0,00000	0,00000
	CLINICO	10	6,9000	,31623	,10000

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
ORIENTACION TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	5,00	,037	1,000	18	,331	,100	,100	-,110	,310
	No se han asumido varianzas iguales			1,000	9,000	,343	,100	,100	-,126	,326

Para esta subprueba las medias encontradas fueron para el grupo clínico 6,900 y para el grupo control 7,00. Obteniendo en $t=1,00$ con un valor significativo de $p>0,05$. Lo que indica que existen razones suficientes para rechazar la hipótesis alterna, por lo tanto se rechaza H_1 y se acepta H_0 . Es decir los resultados de esta prueba indicaron que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) orientación total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 8. Puntuación Retención Dígitos Progresión (Atención)

Estadísticos de grupo					
TIPO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
DIGITOS	CONTROL	10	6,5000	,84984	,26874
PROGRESION	CLINICO	10	6,0000	,94281	,29814

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
DIGITOS PROGRESION	Se han asumido varianzas iguales	,15	,70	1,246	18	,229	,500	,401	-,343	1,343
	No se han asumido varianzas iguales			1,246	17,8	,229	,500	,401	-,343	1,343

En los resultados obtenidos en la prueba dígitos progresión las medias encontradas fueron para el grupo control 6,500 y para el grupo clínico 6,000. Mientras que el valor de $t=1,246$ con un valor significativo de $p>0,05$. Con este resultado se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir que en esta prueba no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) dígitos progresión y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 9. Puntuación Cubos Progresión (Atención)

Estadísticos de grupo					
TIPO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
CUBOS	CONTROL	10	6,5000	,84984	,26874
PROGRESION	CLINICO	10	6,4000	1,17379	,37118

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
CUBOS PROGRESION	Se han asumido varianzas iguales	,46	,50	,218	18	,830	,100	,458	-,862	1,062
	No se han asumido varianzas iguales			,218	16,40	,830	,100	,458	-,869	1,069

Referente a las puntuaciones encontradas en la prueba cubos progresión se encontró que la media para el grupo control fue 6,500 mientras que para el grupo clínico fue 6,400. El valor encontrado para $t=,218$ dando un valor

significante de $p > 0,05$. Con estos resultados se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Es decir que en esta prueba no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) cubos progresión y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 10. Resultados Detección Visual Aciertos (Atención)

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
DETECCIÓN VISUAL ACIERTOS	CONTROL	10	21,8000	1,61933	,51208
	CLINICO	10	20,7000	3,05687	,96667

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
DETECCIÓN VISUAL ACIERTOS	Se han asumido varianzas iguales	3,08	,09	1,006	18	,328	1,100	1,093	-1,198	3,398
	No se han asumido varianzas iguales			1,006	13,682	,332	1,100	1,093	-1,251	3,451

Referente a las puntuaciones encontradas en la prueba detección visual aciertos se encontró que la media para el grupo control fue 21,800 mientras que para el grupo clínico fue 20,700. El valor de $t=1,006$ dando un valor significativo de $p>0,05$. Con la observación de estos resultados se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Los resultados evidenciaron que en esta prueba no existe una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) detección visual aciertos y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 11.Resultados obtenidos en Detección de Dígitos Total (Atención)

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
DETECCIÓN	CONTROL	10	9,8000	,63246	,20000
DIGITOS TOTAL	CLINICO	10	9,5000	,84984	,26874

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
DETECCIÓN N DIGITOS TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	2,6	,12	,896	18	,382	,300	,335	-,403	1,003
	No se han asumido varianzas iguales			,896	16,6	,383	,300	,335	-,407	1,007

Los resultados obtenidos en la prueba detección de dígitos total fueron: media para el grupo control 9,800 mientras que para el grupo clínico fue 9,500. El valor encontrado para $t=,896$ dando un valor significativo de $p>0,05$. Con lo cual no existen razones suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, indicando que en esta

prueba no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) detección dígitos total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 12. Puntuación Series Sucesivas (Atención)

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SERIES	CONTROL	10	1,9000	1,44914	,45826
SUCESIVAS	CLINICO	10	1,8000	1,54919	,48990

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
SERIES SUCESIVAS	Se han asumido varianzas iguales	,55	,46	,149	18	,883	,100	,670	-1,309	1,509
	No se han asumido varianzas iguales			,149	17,9	,883	,100	,670	-1,309	1,509

En referencia a las puntuaciones encontradas en la prueba series sucesivas se encontró que la media para el grupo control fue 1,900 mientras que para el grupo clínico fue 1,800. El valor de $t=,149$ dando un valor significativo de $p>0,05$. Siendo estos resultados razón suficiente para rechazar la hipótesis alterna, por lo tanto se acepta la hipótesis nula con lo cual se evidenció que en este reactivo no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) series sucesivas y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 13.Resultados obtenidos en Formación de Categorías (Funciones Ejecutivas)

Estadísticos de grupo						
		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
TIPO						
FORMACION DE CATEGORIAS	CONTROL	10	20,3000	2,45176	,77531	
	CLINICO	10	14,7000	3,94546	1,24766	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
FORMACION DE CATEGORIAS	Se han asumido varianzas iguales	2,26	,14	3,812	18	,001	5,600	1,468	2,513	8,686
	No se han asumido varianzas iguales			3,812	15,04	,002	5,600	1,468	2,469	8,730

Los resultados encontrados en esta prueba son: para el grupo control una media de 20,300 mientras que para el grupo clínico fue 14,700. El valor de $t=3,812$ con un valor significativo bilateral de $p<0,05$. Por lo tanto los resultados obtenidos indican la existencia de una relación estadísticamente significativa, la misma que nos lleva a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Es decir existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) formación de categorías y los pacientes con dependencia al alcohol.

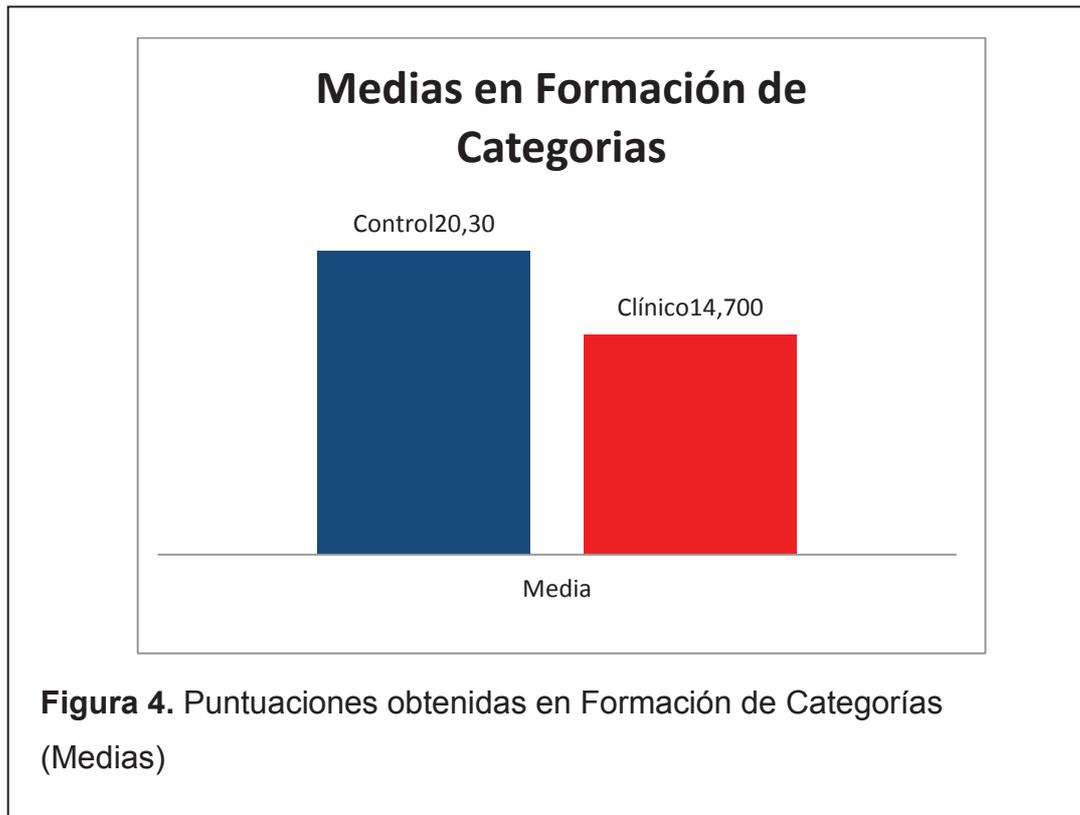


Tabla 14. Resultados en Fluidez Verbal Semántica Total Reclasificada (Funciones Ejecutivas)

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
FLUIDEZ VERBAL SEMANTICA (RECLASIFICADA)	CONTROL	10	3,6000	,69921	,22111
	CLINICO	10	3,0000	,94281	,29814

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
FLUIDEZ VERBAL SEMANTICA (RECLASIFICADA)	Se han asumido varianzas iguales	1,81	,19	1,616	18	,123	,600	,371	-1,179	1,379
	No se han asumido varianzas iguales			1,616	16,6	,125	,600	,371	-1,184	1,384

En esta tabla encontramos que la media para el grupo control es 3,600 y para el grupo clínico es 3,000. También encontramos que $t=1,616$ con un valor de significancia de $p>0,05$. Por lo tanto no existen razones suficientes para rechazar la hipótesis nula. Lo que quiere decir que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Con lo cual quedo demostrado que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) fluidez verbal semántica (reclasificada) y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 15. Resultados en Fluidez Verbal Fonológica Total Reclasificada
(Funciones Ejecutivas)

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
FLUIDEZ VERBAL FONOLOGICA (RECLASIFICADA)	CONTROL	10	3,5000	,70711	,22361	
	CLINICO	10	2,8000	1,22927	,38873	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
FLUIDEZ VERBAL FONOLÓGICA (RECLASIFICADA)	Se han asumido varianzas iguales	4,7	,04	1,561	18	,136	,700	,448	-,242	1,642
	No se han asumido varianzas iguales			1,561	14,3	,140	,700	,448	-,259	1,659

Los resultados encontrados en esta prueba fueron para el grupo control una media de 3,500 mientras que para el grupo clínico fue 2,800. El valor de $t=1,561$ con un valor significativo bilateral de $p>0,05$. Por lo tanto los resultados

obtenidos indican que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Con lo cual no se evidenció la existencia de una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) fluidez verbal fonológica (reclasificada) y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 16. Resultados en Fluidez no Verbal Total Reclasificada (Funciones Ejecutivas)

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
	CONTROL	10	3,4000	,69921	,22111
FLUIDEZ NO VERBAL TOTAL (RECLASIFICADA)	CLINICO	10	3,3000	,82327	,26034

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
FLUIDEZ NO VERBAL TOTAL (RECLASIFICADA)	Se han asumido varianzas iguales	,45	,51	,293	18	,773	,100	,341	-,617	,817
	No se han asumido varianzas iguales			,293	17,54	,773	,100	,341	-,618	,818

Los resultados encontrados para esta prueba fueron para el grupo control una media de 3,400 mientras que para el grupo clínico fue 3,300. El valor encontrado para $t=,293$ con un valor significativo bilateral de $p>0,05$. Por lo tanto los resultados encontrados indican que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Con lo cual se evidenció que no existe una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) fluidez no verbal total (reclasificada) y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 17.Resultados de Funciones Motoras Total (Funciones ejecutivas)

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
FUNCIONES	CONTROL	10	18,8000	1,13529	,35901	
MOTORAS TOTAL	CLINICO	10	19,0000	1,05409	,33333	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilate ral)	Difere ncia de media s	Error típ. de la diferenci a	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superi or
FUNCIONES MOTORAS TOTAL	Se han asumido o varianzas iguales	,05	,81	-,408	18	,688	-,200	,489	-1,229	,829
	No se han asumido o varianzas iguales			-,408	17,9 0	,688	-,200	,489	-1,229	,829

Con respecto a los resultados encontrados en funciones motoras se observó una media de 18,800 para el grupo control y una media de 19,000 para el grupo clínico. También se observó el valor de $t=-,408$ lo que nos indica que existe una relación negativa con la variable funciones motoras total dentro de la prueba de muestras independientes, con una significación bilateral de $p>0,05$. Lo que indica que no existen razones suficientes para rechazar la hipótesis nula. Es decir se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Con lo cual no existe una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) funciones motoras total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 18. Puntuaciones Stroop Tiempo Interferencia Reclasificada (Funciones Ejecutivas)

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
STROOP TIEMPO	CONTROL	10	3,5000	,70711	,22361	
INTERFERENCIA (RECLASIFICADA)	CLINICO	10	3,2000	,91894	,29059	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
STROOP TIEMPO INTERFERENCIA (RECLASIFICADA)	Se han asumido varianzas iguales	1,71	,20	,818	18	,424	,300	,366	-,470	1,070
	No se han asumido varianzas iguales			,818	16,8	,425	,300	,366	-,473	1,073

En la prueba Stroop tiempo interferencia puntuación reclasificada se encontró una media de 3,500 para el grupo control, mientras que para el grupo clínico la media fue 3,200. De igual forma se observó un valor de $t=,818$ con una significación bilateral de $p>0,05$. Lo que indicó que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Con lo cual se indicó que no existe una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) stroop tiempo interferencia reclasificada y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 19. Puntuaciones Stroop Aciertos Interferencia Reclasificada (Funciones Ejecutivas)

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
STROOP ACIERTOS	CONTROL	10	3,4000	,96609	,30551	
INTERFERENCIA (RECLASIFICADA)	CLINICO	10	3,2000	1,03280	,32660	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
STROOP ACIERTOS INTERFERENCIA (RECLASIFICADA)	Se han asumido varianzas iguales	,09	,76	,447	18	,660	,200	,447	-,739	1,139
	No se han asumido varianzas iguales			,447	17,92	,660	,200	,447	-,739	1,139

En la prueba Stroop aciertos interferencia puntuación reclasificada se encontró una media de 3,400 para el grupo control y de 3,200 para el grupo clínico. En cuanto al valor de $t = ,477$ con un valor significativo de $p > 0,05$. Con lo cual existen razones suficientes para rechazar la hipótesis alterna. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Con lo cual se determino que no existe una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS) stroop aciertos interferencia reclasificada y los pacientes con dependencia al alcohol.

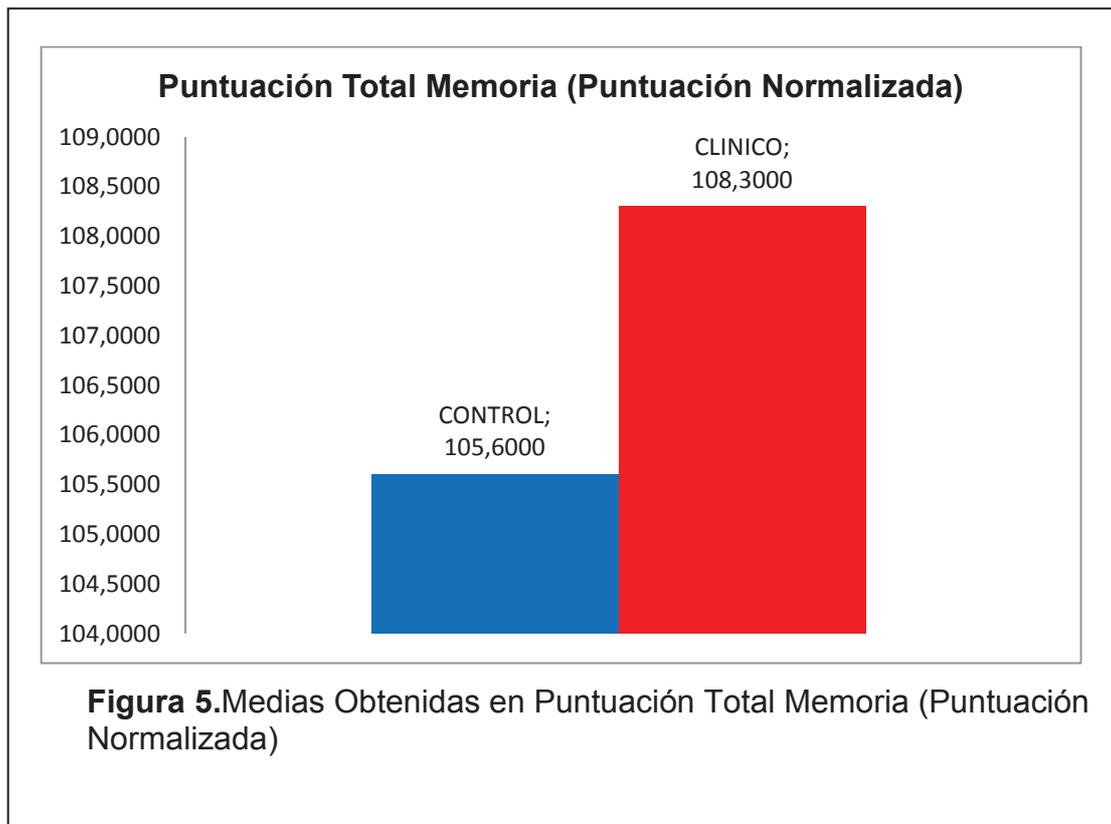
Tabla 20. Total memoria puntuación normalizada

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Memoria Puntuación Normalizada	CONTROL	10	105,6000	6,55235	2,07204
	CLINICO	10	108,3000	13,40025	4,23753

Prueba de muestras independientes

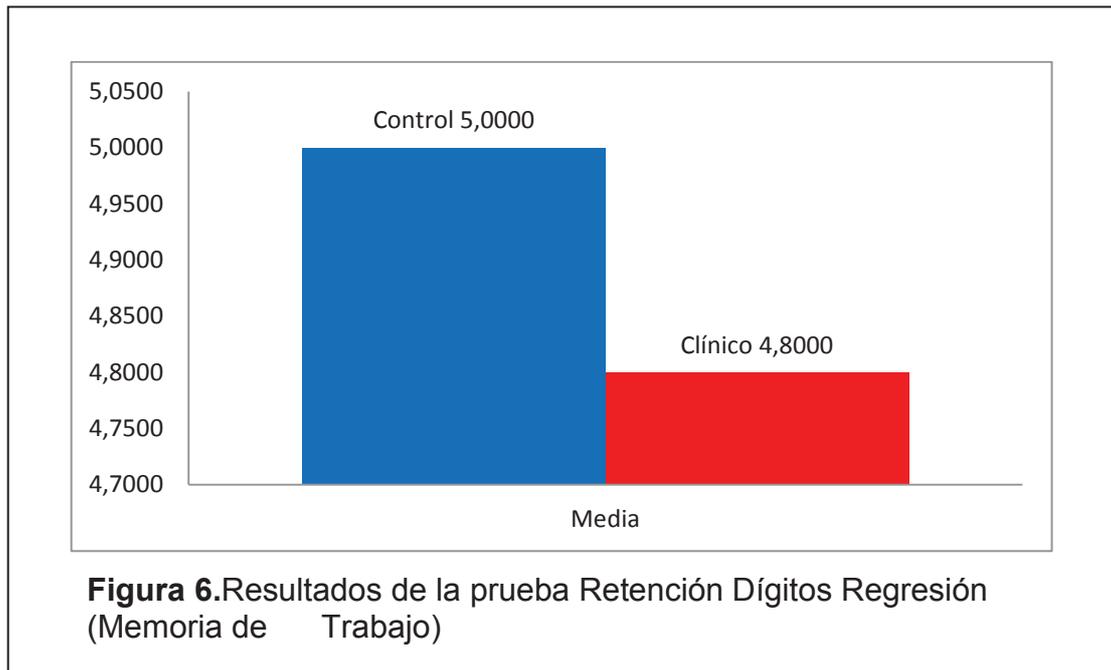
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Memoria Puntuación Normalizada	Se han asumido varianzas iguales	3,2	,08	-,572	18	,574	-2,700	4,716	-12,610	7,210
	No se han asumido varianzas iguales			-,572	13,07	,577	-2,700	4,716	-12,884	7,484

En lo que se refiere a la puntuación encontrada en el total de memoria puntuación normalizada se evidenció que la media para el grupo control fue de 105,600 y para el grupo clínico fue 108,300. Además el valor de $t = -,572$, con un valor significativo de $p > 0,05$. Lo que indica que no existen razones suficientes para rechazar H_0 , por tanto se acepta H_0 y se rechaza H_1 , es decir que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) y los pacientes con dependencia al alcohol.

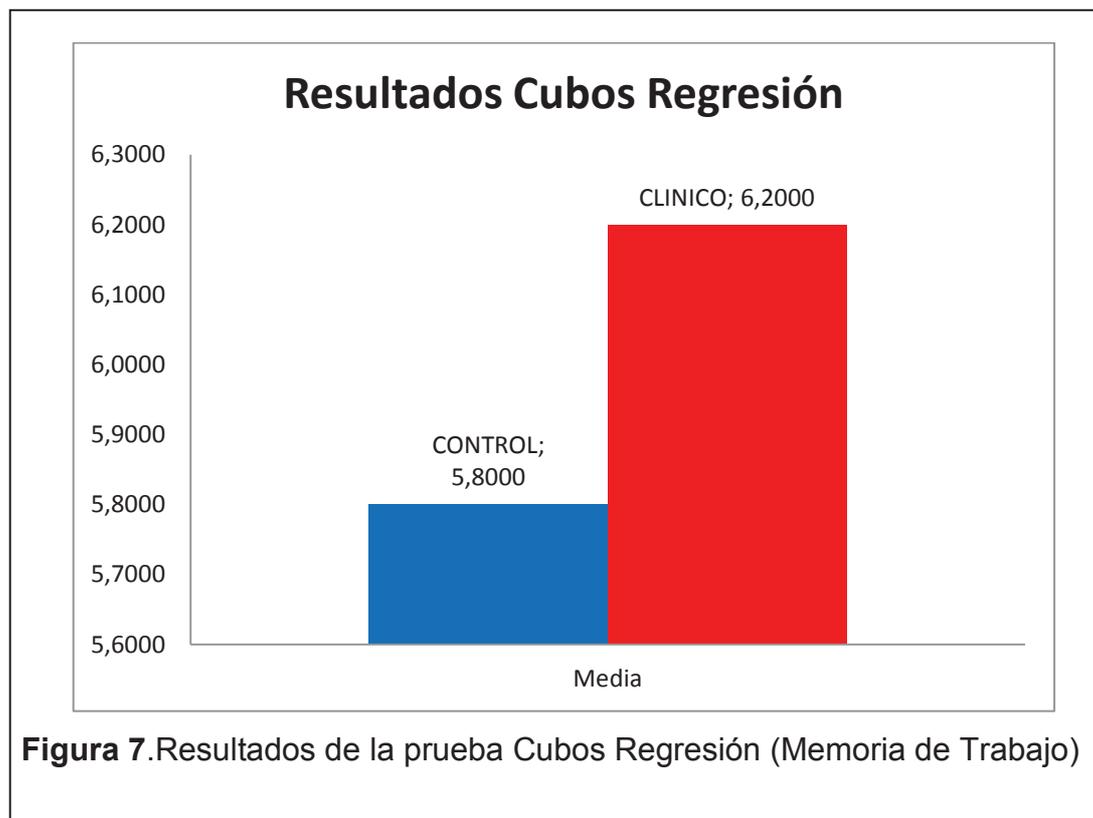


REACTIVOS QUE EVALUARON MEMORIA

A continuación se detalla de manera individual cada uno de los resultados encontrados en los reactivos que evaluaron memoria en la herramienta utilizada para este trabajo. Donde la hipótesis general varió de acuerdo a cada uno de los resultados encontrados dentro de este apartado.



Para esta prueba los valores encontrados fueron para el grupo control una media de 5,000 y para el grupo clínico una media de 4,800, como lo representa la figura 4. El valor de $t = ,318$ con una significación bilateral de $p > 0,05$. Indica que no existen razones suficientes para rechazar H_0 , con lo cual se acepta H_0 y se rechaza H_1 . Encontrando que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) dígitos regresión y los pacientes con dependencia al alcohol.



De acuerdo a la interpretación gráfica se evidenció una media de 5,880 para el grupo control y una media de 6,200 para el grupo clínico. Además el valor de $t = -0,973$, lo que indica que se dio una relación negativa de la variable cubos regresión al momento de realizar la prueba estadística, además se evidenció el valor significativo de $p > 0,05$. Lo que indica que no existen razones suficientes para rechazar H_0 y por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Con lo cual se dedujo que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) cubos regresión y los pacientes con dependencia al alcohol

Tabla 21. Curva de Memoria Codificación Volumen

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
CURVA MEMORIA CODIFICACIÓN	CONTROL	10	6,6000	1,42984	,45216	
VOLUMEN PROMEDIO	CLINICO	10	7,5000	1,95789	,61914	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
CURVA MEMORIA CODIFICACIÓN VOLUMEN PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	2,80	,11	-1,174	18	,256	-,900	,766	-2,510	,710
	No se han asumido varianzas iguales			-1,174	16,4	,257	-,900	,766	-2,521	,721

Los resultados encontrados para esta prueba indicaron una media de 6.600 para el grupo control, mientras que para el grupo clínico la media encontrada fue 7,500, con un valor de $t=1,174$ siendo un valor significativo para $p>0,05$. Con lo cual no existen razones suficientes para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Obteniendo que la diferencia no es estadísticamente significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) curva de memoria codificación volumen promedio y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 22. Pares asociados codificación volumen Promedio

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
PARES ASOCIADOS VOLUMEN PROMEDIO	CONTROL	10	8,2000	2,20101	,69602	
	CLINICO	10	8,5000	2,36878	,74907	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
PARES ASOCIADOS VOLUMEN PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	0,00	1,00	-,293	18	,773	-,300	1,022	-2,448	1,848
	No se han asumido varianzas iguales			-,293	17,9	,773	-,300	1,022	-2,449	1,849

En esta prueba se encontró una media de 8,200 para el grupo control, mientras que para el grupo clínico la media encontrada fue 8,500, además se evidenció el valor de $t = -,293$ con una significación bilateral de $p > 0,05$. Con lo cual no existen razones suficientes para rechazar H_0 . Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Encontrando que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) pares asociados codificación volumen promedio y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 23. Memoria Lógica Codificación Promedio Historias

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
MEMORIA LÓGICA	CONTROL	10	9,3000	2,35938	,74610
PROMEDIO HISTORIAS	CLINICO	10	9,3000	1,15950	,36667

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
MEMORIA LÓGICA	Se han asumido varianzas iguales	6,44	,02	0,000	18	1,00	0,000	,831	-1,746	1,746
PROMEDIO HISTORIAS	No se han asumido varianzas iguales			0,000	13,10	1,00	0,000	,831	-1,794	1,794

Los resultados indicaron una media de 9,300 en este caso para los dos grupos estudiados, donde el valor de $t=0,00$ con una significación bilateral de $p>0,05$. Por lo cual se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, con la

cual se determinó que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria lógica codificación promedio historias y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 24. Memoria Lógica Promedio Temas

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
MEMORIA LÓGICA	CONTROL	10	4,7000	,48305	,15275	
PROMEDIO TEMAS	CLINICO	10	4,6000	,69921	,22111	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
MEMORIA LÓGICA PROMEDIO TEMAS	Se han asumido varianzas iguales	1,10	,30	,372	18	,714	,100	,268	-,464	,664
	No se han asumido varianzas iguales			,372	15,997	,715	,100	,268	-,469	,669

Para este reactivo se encontró que la media para el grupo control fue 4,700 y para el grupo clínico fue 4,600, mientras que el valor de $t = ,372$ con una significación bilateral de $p > 0,05$. Con lo cual no existen razones suficientes para rechazar la hipótesis nula, es decir se acepta H_0 y se rechaza H_1 . Por lo tanto se indicó que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria lógica codificación promedio temas y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 25.Figura Rey-Osterreith Codificación

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
FIGURA	CONTROL	10	34,6000	1,17379	,37118
SEMICOMPLEJA	CLINICO	10	33,3000	2,16282	,68394

Prueba de muestras independientes

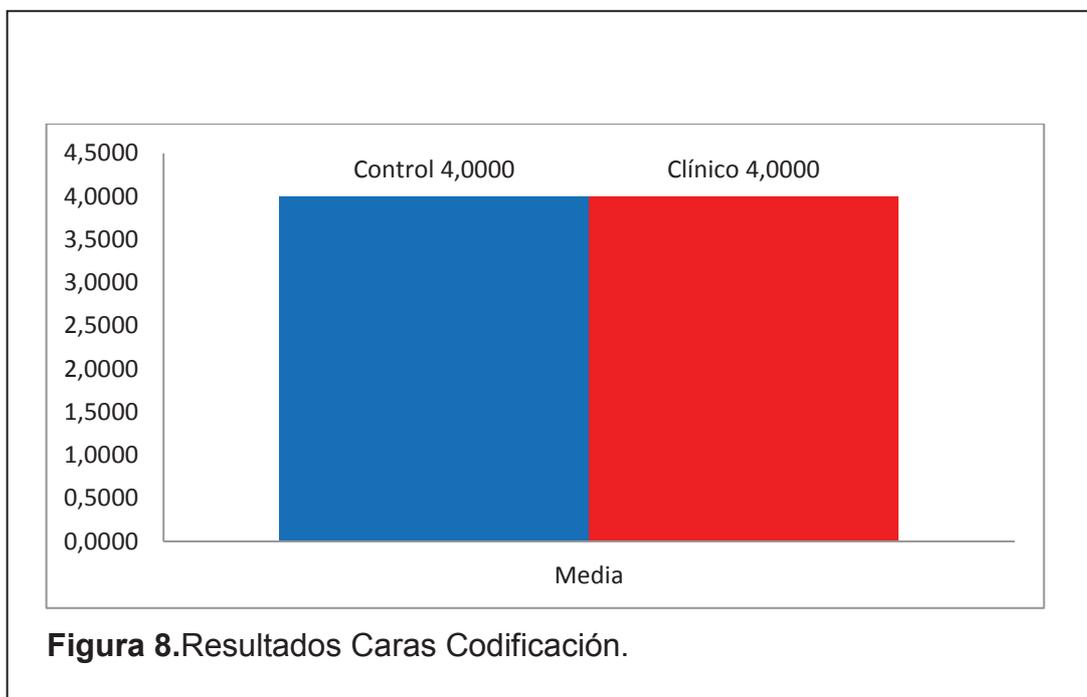
		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
FIGURA SEMICOMPLEJA	Se han asumido varianzas iguales	8,67	,00	1,671	18	,112	1,300	,778	-,334	2,934
	No se han asumido varianzas iguales			1,671	13,878	,117	1,300	,778	-,370	2,970

En lo que se refiere a la codificación de la figura de Rey- Osterreith codificación los resultados encontrados fueron para el grupo control una media de 34,600 y para el grupo clínico de 33,300 mientras que el valor de $t=1,671$ con un valor significativo de $p>0,05$. Con estos resultados se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula por lo tanto no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) figura semicompleja codificación y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 26.Caras Codificación

Estadísticos de grupo					
TIPO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
CARAS	CONTROL	10	4,0000	,00000 ^a	0,00000
CODIFICACIÓN	CLINICO	10	4,0000	,00000 ^a	0,00000

a. No puede calcularse T porque las desviaciones típicas de ambos grupos son 0.



En esta prueba se observó que las medias de los grupos son iguales 4,00 como lo indica el gráfico y tabla anteriores respectivamente, en esta prueba se obtuvo una desviación estándar de (0,000) con lo cual no se puede realizar la prueba para la comparación de medias. Con lo cual no se acepta ni se rechaza ninguna de las hipótesis planteadas.

Tabla 27. Memoria verbal Espontánea Total

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
MEMORIA VERBAL ESPONTANEA TOTAL	CONTROL	10	7,4000	1,50555	,47610
	CLINICO	10	8,0000	2,10819	,66667

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
MEMORIA VERBAL ESPONTANEA TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	,50	,48	-,732	18	,473	-,600	,819	-2,321	1,121
	No se han asumido varianzas iguales			-,732	16,28	,474	-,600	,819	-2,334	1,134

Dentro de esta prueba se encontró que la media para el grupo control fue de 7,400 mientras que para el grupo clínico fue de 8,000. El valor de $t = -0,732$ con un valor significativo $p > 0,05$. Con lo cual no existen razones suficientes para rechazar H_0 . Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir los resultados indicaron que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria verbal espontanea total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 28. Memoria Verbal Claves Total

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
MEMORIA VERBAL	CONTROL	10	8,4000	1,34990	,42687
POR CLAVES TOTAL	CLINICO	10	7,9000	2,51440	,79512

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
MEMORIA VERBAL POR CLAVES TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	5,42	,03	,554	18	,586	,500	,902	-1,396	2,396
	No se han asumido varianzas iguales			,554	13,790	,588	,50000	,902	-1,438	2,438

En este reactivo se observó una media de 8,400 para el grupo control y una media de 7,900 para el grupo clínico, dentro de esta prueba el valor para $t = ,554$ con una significación bilateral de $p > 0,05$. Con lo cual no existen razones suficientes para rechazar H_0 . Es decir se acepta hipótesis nula rechazando la hipótesis alterna. Con lo cual no se encontró una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria verbal por claves total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 29. Memoria Verbal Reconocimiento Total

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
MEMORIA VERBAL	CONTROL	10	11,4000	,84327	,26667	
RECONOCIMIENTO TOTAL	CLINICO	10	11,1000	1,28668	,40689	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
MEMORIA VERBAL RECONOCIMIENTO TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	,36	,55	,617	18	,545	,300	,486	-,722	1,322
	No se han asumido varianzas iguales			,617	15,52	,546	,300	,486	-,733	1,333

En lo que se refiere a esta prueba se encontró que la media para el grupo control fue 11,400 mientras que para el grupo clínico fue 11,100. Además el valor encontrado para $t = ,617$ con una significación bilateral de $p > 0,05$. Esto indica que la diferencia encontrada no es estadísticamente significativa con lo cual no se rechaza la hipótesis nula. Es decir se acepta H_0 y se rechaza H_1 . Con lo cual no se evidencio la existencia de una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria verbal reconocimiento total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 30. Pares Asociados Evocación Total

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PARES ASOCIADOS EVOCACIÓN TOTAL	CONTROL	10	10,0000	1,94365	,61464
	CLINICO	10	9,9000	2,02485	,64031

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
PARES ASOCIADOS EVOCACIÓN TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	,08	,77	,113	18	,912	,100	,887	-1,764	1,964
	No se han asumido varianzas iguales			,113	17,97	,912	,100	,887	-1,764	1,964

Para este reactivo se evidencio los siguientes resultados, en lo que respecta a las medias para el grupo control 10,00 y para el grupo clínico 9,900. Además de un valor para $t = ,113$ con una valor significativa de $p > 0,05$. Con estos resultados no se encontró razones suficientes para rechazar H_0 . Con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Indicando que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) pares asociados evocación total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 31. Memoria Lógica Evocación Promedio Historias

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación tıp.	Error tıp. de la media	
MEMORIA LÓGICA	CONTROL	10	8,2000	2,09762	,66332	
EVOCACIÓN PROMEDIO HISTORIAS	CLINICO	10	8,7000	1,82878	,57831	

Prueba de muestras independientes

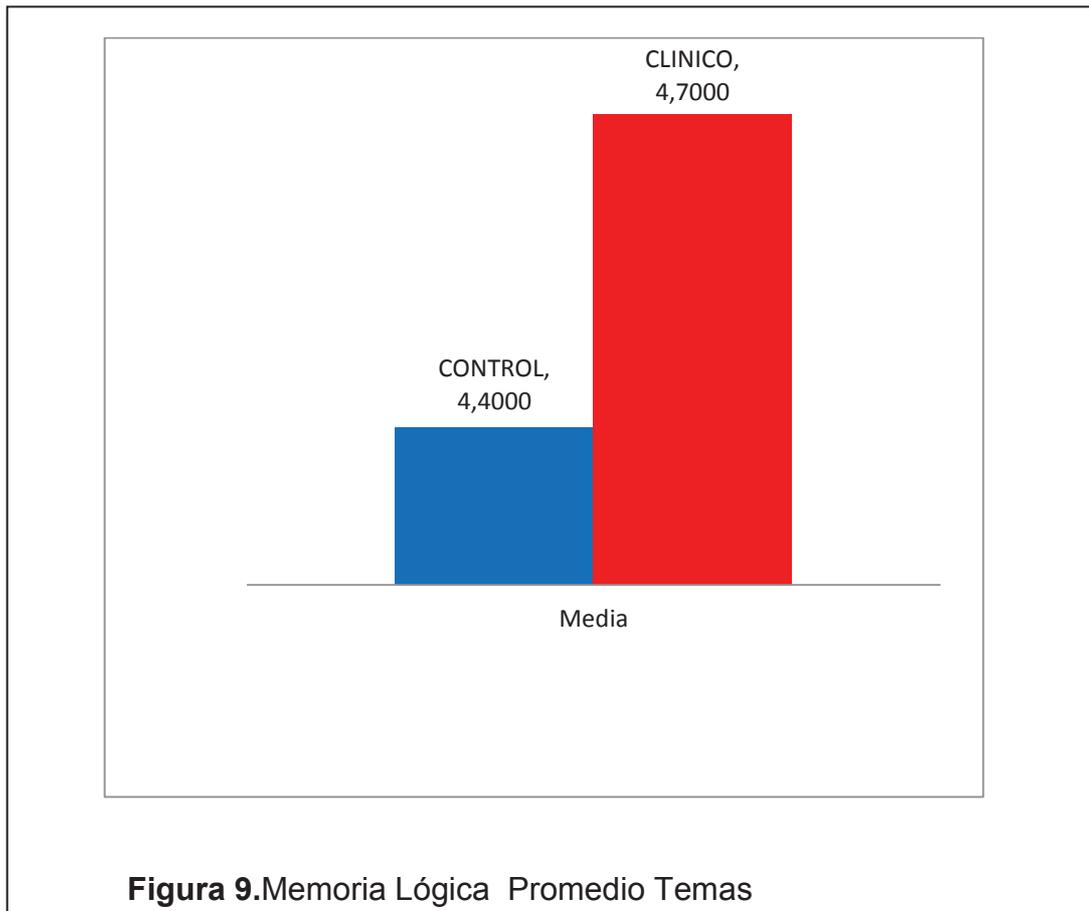
		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tıp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
MEMORIA LÓGICA EVOCACIÓN PROMEDIO HISTORIAS	Se han asumido varianzas iguales	,92	,34	-,568	18	,577	-,500	,880	-2,348	1,348
	No se han asumido varianzas iguales			-,568	17,67	,577	-,500	,880	-2,351	1,351

En esta tabla se encuentra que la media del grupo control fue 8,200 y para el grupo clínico fue 8,700 además el valor de $t = -,568$ con un valor significativo

para $p > 0,05$. Lo cual indica que la diferencia de las medias no es razón suficiente para rechazar la hipótesis nula. Es decir que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Con lo cual no hay una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria lógica evocación promedio historias y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 32. Memoria Lógica Evocación Promedio Temas

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
MEMORIA LÓGICA	CONTROL	10	4,4000	,51640	,16330	
EVOCACIÓN PROMEDIO TEMAS	CLINICO	10	4,7000	,48305	,15275	



En esta prueba se encontró que la media del grupo control fue 4,400 mientras que para el grupo clínico fue 4,700, el valor de $t = -1,342$ con una significación bilateral de $p > 0,05$. La diferencia encontrada no es razón suficiente para rechazar H_0 . Con lo cual se acepta H_0 y se rechaza H_1 . Con lo cual se determinó que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) memoria lógica evocación promedio temas y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 33.Figura Rey- Osterreith Evocación

Estadísticos de grupo						
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
FIGURA	CONTROL	10	20,2000	6,01480	1,90205	
SEMICOMPLEJA EVOCACIÓN	CLINICO	10	24,5000	4,32692	1,36829	

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilate ral)	Difere ncia de media s	Error típ. de la difere ncia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
FIGURA SEMICOMPL EJA EVOCACIÓN	Se han asumid o varianz as iguales	2,04	,16	-1,835	18	,083	-4,300	2,343	-9,222	,622
	No se han asumid o varianz as iguales			-1,835	16,34	,085	-4,300	2,343	-9,258	,658

En lo que se refiere a la evocación de la figura los resultados encontrados fueron para el grupo control una media de 20,200 y para el grupo clínico 24,500 mientras que el valor de $t=1,835$ con un valor significativo de $p>0,05$. Con estos resultados no se puede rechazar la hipótesis nula. Es decir se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Lo cual indicó la no existencia de una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) figura semicompleja evocación y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 34. Reconocimiento de Caras Total Evocación

Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
RECONOCIMIENTO DE CARAS TOTAL	CONTROL	10	1,7000	,48305	,15275
	CLINICO	10	1,8000	,42164	,13333

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
RECONOCIMIENTO DE CARAS TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	,98	,33	-,493	18	,628	-,100	,202	-,525	,325
	No se han asumido varianzas iguales			-,493	17,6	,628	-,10000	,20276	-,52654	,32654

Aquí se encontró una media de 1,700 para el grupo control, mientras que se evidenció una media de 1,800 para el grupo clínico. El valor encontrado de $t = -0,493$ mostrando un valor significativo de $p > 0,05$. Con lo cual no se rechaza la hipótesis nula. Es decir se acepta H_0 y se rechaza H_1 . Indicando que no existe una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) reconocimiento de caras total y los pacientes con dependencia al alcohol.

Tabla 35. Evocación de Nombres Evocación

Estadísticos de grupo					
TIPO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EVOCACION DE NOMBRES	CONTROL	10	5,5000	3,10018	,98036
	CLINICO	10	4,2000	2,48551	,78599

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza	
									Inferior	Superior
EVOCACION DE NOMBRES	Se han asumido varianzas iguales	,55	,46	1,035	18	,315	1,300	1,256	-1,339	3,939
	No se han asumido varianzas iguales			1,035	17,18	,315	1,300	1,256	-1,348	3,948

Dentro de esta prueba se evidenciaron los siguientes resultados de la medias para el grupo control fue 5,500 y para el grupo clínico fue 4,200. Mientras que el valor de $t = 1,035$ con un valor significante de $p > 0,05$. Con lo cual no hay

razones suficientes para rechazar la hipótesis nula. Es decir se acepta H0 y se rechaza H1. Con lo cual se determino que no existe relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total Memoria Puntuación Normalizada) evocación de nombres y los pacientes con dependencia al alcohol.

TOTAL ATENCIÓN Y MEMORIA PUNTUACIÓN NORMALIZADA

En estos resultados se encuentra la sumatoria de las dos puntuaciones anteriores: total atención y funciones ejecutivas puntuación normalizada más la puntuación de memoria puntuación normalizada, dando como resultado el total de atención y memoria puntuación normalizada.

Tabla 36. TOTAL ATENCIÓN Y MEMORIA PUNTUACIÓN NORMALIZADA

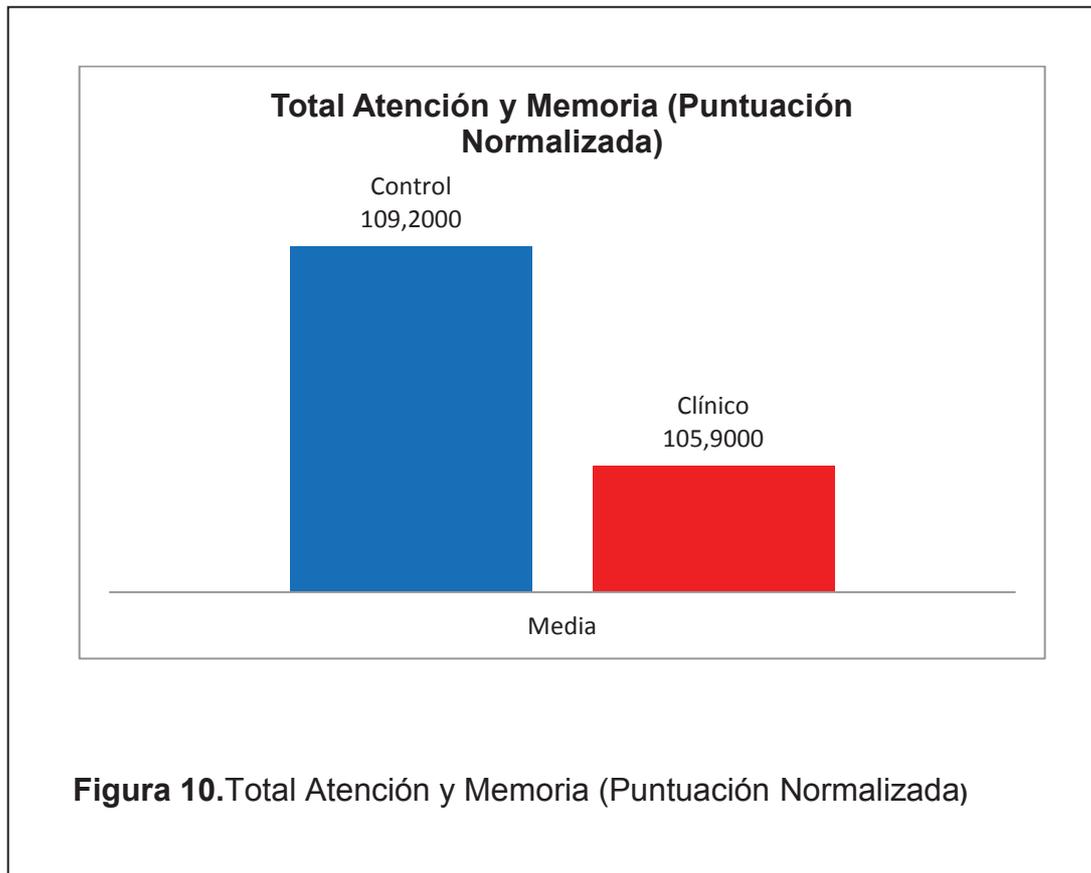
Estadísticos de grupo					
	TIPO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntuación normalizada atención y memoria	CONTROL	10	109,2000	5,65292	1,78761
	CLINICO	10	105,9000	12,10555	3,82811

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Puntuación normalizada atención y memoria	Se han asumido varianzas iguales	9,19	,007	,781	18	,445	3,300	4,224	-5,576	12,176
	No se han asumido varianzas iguales			,781	12,747	,449	3,300	4,224	-5,845	12,445

Con respecto a la puntuación normalizada del total de atención y memoria propuesta por los autores (Ostrosky., et al, 2012) se encontró que la media para el grupo control fue 109,200 mientras que para el grupo clínico fue 105,900. El valor de $t=,781$ con una significación bilateral de $p>0,05$. Este resultado indica que no existen razones suficientes para rechazar la hipótesis nula es decir se acepta H_0 y se rechaza la H_1 . Por lo tanto: no existe relación significativa en el desempeño de las funciones ejecutivas en el factor (Total

Atención y Memoria Puntuación Normalizada) y los pacientes con dependencia al alcohol.



7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha llevado a cabo una evaluación neuropsicológica, entre un grupo clínico y un grupo control. El grupo clínico se encontraba realizando su proceso de rehabilitación en los centros: Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón y la Casa de Reposo San Juan de Dios, mientras que el grupo control estaba conformado por personas activamente laborales de una empresa pública.

Los dos grupos contaron con las mismas características en cuanto a edad, sexo y escolaridad, además es importante anotar que el 70% de la muestra se encontró pareada por nivel de educación.

Los autores de la herramienta (Ostrosky., et al, 2012) aplicada para esta investigación hacen una diferencia de tres puntajes normalizados de la evaluación neuropsicológica empleada, las mismas que son:

- Total atención y Funciones Ejecutivas
- Total Memoria
- Total atención y Memoria

Al igual que los autores, para esta investigación se han tomado en cuenta los tres puntos mencionados anteriormente y sus respectivas normalizaciones dentro de cada puntaje obtenido. Esto halla relación con lo expresado por Tirapu y Luna (sf, p.239) donde se indica que la falta de un modelo previo de partida sobre los procesos cognitivos implicados en el funcionamiento ejecutivo no permiten la evaluación de las funciones ejecutivas de manera exclusiva por lo que su evaluación se la realiza acompañada de otros aspectos cognitivos, que en este caso serían las funciones de atención y función ejecutiva.

Considerando esta posición teórica, al comparar las puntuaciones logradas por el grupo control (n=10) y las del grupo clínico (n=10) en Total Atención y

Funciones Ejecutivas puntuación normalizada (tabla 6) se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de los grupos (control y clínico) concluyendo así la existencia de relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas y los pacientes con dependencia al alcohol.

Sin embargo, al momento de analizar cada uno de los resultados de los reactivos aplicados dentro de la clasificación perteneciente a atención y funciones ejecutivas, solo se encontró que el reactivo llamado formación de categorías evidenció un valor significante bilateral de ($p < 0,05$). Lo cual determino la existencia de una relación significativa entre el desempeño de las funciones ejecutivas dentro de la variable formación de categorías y los pacientes con dependencia al alcohol.

Esta prueba (Formación de Categorías) evaluó la capacidad para analizar, realizar agrupaciones semánticas de una serie de figuras. (Ardila & Ostrosky, 2012, p. 258.)

Es hallazgo nos indicaría que existe posible deterioro en pacientes con dependencia al alcohol en las capacidades de abstracción, flexibilidad mental e iniciativa. Involucra principalmente áreas de la corteza prefrontal dorsolateral y de la corteza prefrontal anterior participan directamente en el procesamiento y el acceso semántico en este tipo de tareas de categorización, representando una regulación jerárquica sobre estructuras cerebrales posteriores. (Flores, Ostrosky & Lozano, 2008, p. 11)

Landa, Fernández y Tirapu, (2004) en referencia a las funciones ejecutivas señalan una afectación o déficit en las tareas implicadas en la resolución de situaciones novedosas que tienen inmersos aspectos diversos como: la abstracción, planificación, la inhibición de respuestas, generación de conceptos, la flexibilidad mental, el reconocimiento del logro y ensayos mentales.

En el análisis del resto de cada uno de los reactivos que conformaron la puntuación total de atención y funciones ejecutivas, aparte de la prueba formación de categorías, se evidenció un valor significativo de $p > 0,05$ en todas las demás pruebas de este apartado, lo cual no permitió confirmar ninguna relación significativa entre los resultados y los pacientes con dependencia al alcohol.

Cuando se analizaron los resultados en las puntuaciones de memoria puntuación normalizada (tabla 20) se observó que no existe relación significativa en el desempeño de las funciones ejecutivas con respecto a la puntuación de memoria (puntuación normalizada) y los pacientes con dependencia al alcohol.

Es decir dentro de los reactivos que evaluaron memoria no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos evaluados (control y clínico) en cada una de las pruebas aplicadas para este apartado. Con lo cual se puede concluir que no se encontró ningún ($p < 0,05$) dentro de los reactivos que evaluaron memoria. Con lo cual no existe relación entre el desempeño de la función cognitiva (memoria) y los pacientes con dependencia al alcohol.

En la puntuación total de Atención y Memoria puntuación normalizada (tabla 36) tampoco se observó una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones logradas tanto del grupo control ($n=10$) y el grupo clínico ($n=10$) por lo cual no se podría hablar de un daño generalizado en los pacientes estudiados de acuerdo a la herramienta aplicada para esta investigación.

Al igual que el estudio realizado por Landa, Fernández, Tirapu, López, Castillo y Lorea (2006). Donde los resultados muestran una ausencia del déficit cognoscitivo generalizado en los pacientes con dependencia al alcohol.

Así el presente trabajo ha cumplido con el objetivo principal, el cual se cumple de acuerdo a los resultados encontrados en la puntuación de Atención y Funciones Ejecutivas (puntuación normalizada) propuesta por los autores de la herramienta (Ostrosky., et al, 2012). Donde se evidenció una diferencia estadísticamente significativa que permitió establecer la existencia de una diferencia significativa en el desempeño de las funciones ejecutivas en pacientes con dependencia al alcohol.

Con respecto a los objetivos específicos se encontró una diferencia significativa entre la muestra afectada y el grupo clínico en el puntaje de Atención y Funciones.

Dentro del objetivo específico que buscaba conocer cuáles son las áreas cognitivas que muestran deterioro en los pacientes estudiados, se encontró que la atención y las funciones ejecutivas fueron las áreas que mostraron deterioro de acuerdo a la herramienta aplicada para esta investigación.

Referente a encontrar las subfunciones ejecutivas con mayor deterioro en pacientes con síndrome de dependencia al alcohol, de acuerdo a las áreas cognitivas evaluadas, se evidenció que la capacidad para analizar, realizar agrupaciones semánticas de una serie de figuras se encontraba afectada en el grupo clínico.

ALCANCE

El presente estudio es aplicable para la población de pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol (F.10) de la ciudad de Quito que se encuentren realizando su proceso de rehabilitación de forma interna dentro de un centro especializado en procesos de desintoxicación y rehabilitación del consumo de alcohol, además que se encuentren en una edad comprendida entre los 30- 50 años, que cuenten con al menos doce años de estudios es decir el bachillerato como mínimo y que finalmente no haya sufrido un traumatismo craneo

encefálico importante en el que haya perdido la consciencia por un periodo prolongado de tiempo.

Además se contó con todo el apoyo y respeto por parte de los profesionales a cargo de los centros de rehabilitación al igual que en la empresa de donde se obtuvo la muestra control. En ningún momento existió la intervención de algún profesional de manera previa a las evaluaciones más allá de la explicación necesaria a los pacientes y participantes.

Este trabajo cuenta con toda la parcialidad del tema, ya que la persona que aplico la herramienta no tuvo ningún vínculo laboral o terapéutico dentro de las instituciones de donde fueron tomadas las muestras, lo que da confiabilidad en los resultados obtenidos.

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones sobre el tema sería interesante conocer cuales serian los resultados obtenidos en un grupo de mujeres con el síndrome de dependencia al alcohol.

Con los resultados obtenidos en este estudio, es importante tomar en cuenta los déficit encontrados en los pacientes con dependencia al alcohol, al momento de realizar sus propuestas terapéuticas. Ya que se sugiere una terapia ocupacional en la fase inicial del tratamiento con la finalidad de recuperar las funciones cognitivas deterioradas. Y luego sí empezar con una fase terapéutica para de esta forma tratar de minimizar el número de recaídas, que al momento son un alto porcentaje de la población en rehabilitación en nuestro país.

Al hablar de la población en rehabilitación se hace referencia a la población que se encuentra interna dentro de un centro especializado por el consumo

diferentes sustancias, y que han aceptado tener un problema y buscan su recuperación.

Es importante destacar que dentro de este tipo de trabajos no se puede separar lo cualitativo de lo cuantitativo al 100%. Por lo que quizás antes de preparar al paciente con dependencia al alcohol es recomendable indicarle claramente que este es un trabajo previo a la obtención del título de psicólogo clínico, para que la persona evaluada no entre en angustia pensando que los resultados obtenidos serán registrados en su historia médica.

Finalmente estos resultados podrían servir de base para futuros estudios, en cuyo caso los resultados deberán ser confirmados por estudios con muestras más amplias.

REFERENCIAS

Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas, (2008). *Organización panamericana de la Salud*.1-148.

Ardila, F., Gómez, M., Matute, M., Ostrosky, F., Pineda, D., y Rosselli, M. (2012). "*Neuropsi Atención y Memoria*". Segunda edición,1-61

Ardila, F., y Ostrosky, F. (2012). "*Guía para el Diagnóstico Neuropsicológico*".1-400

Baddeley, A., y Wilson, B. (1988). "Frontal amnesia and dysexecutive syndrome."*Brain and cognition*. (7). 212-300

Balarezo, L., y Mancheno, S. (2009). "La neuropsicología en el Ecuador". *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. (9). 77-83. Recuperado el 2 de Julio 2013 de:http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol9_num2_11.pdf

Balarezo, L., y Mancheno, S. (1998). "Compendio de Neuropsicología". Editorial Universitaria, (1). 13-245.

Campos, M. (2006). "La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones". *Revista de neurología*.(43).pp 57-58. Recuperado el 12 de Marzo 2013 de:<http://www.sisman.utm.edu.ec/Libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMANAS%20DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20PSICOLOGIA%20CLINICA/05/neuropsicologia/neuropsicologiau.pdf>

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas. (2007). "Informe sobre alcohol". 1-153. Recuperado el 15 de Mayo 2013 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>

El alcoholismo y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes del ciclo diversificado del Instituto Tecnológico Superior "Rumiñahui". (sf). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 10 de Mayo 2013 de: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1204/T%20022-2%20TS.pdf?sequence=2>

Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos III, (2001). TEA Ediciones, S.A. 4-253.

Fernández, F. (sf). "La Personalidad del drogadicto". 49-59. Recuperado el 2 de Octubre 2013 de: http://www.ivac.ehu.es/p278-content/es/contenidos/informacion/ivcke_i_antonio_beristain_ipina/es_antonio/adjuntos/00520063.pdf

Flores, Julio., Ostrosky, Feggy., y Lozano, Azucena. (2008). "Bateria de Funciones Frontales y Ejecutivas presentación". Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 8, (1), 141-158. Recuperado el 13 de Mayo 2014 de: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_13.pdf

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). "Metodología De La Investigación". El proceso de investigación. 3-25. Recuperado el 16 de Febrero 2013 de: <http://data.over-blog->

kiwi.com/0/27/01/47/201304/ob_195288_metodologia-de-la-investigacion-sampieri-hernande.pdf

Iturriza, J. (sf). "Neurología de la conducta". *Colección Razetti*. II. 165-174

Landa, N., Fernández, J., Tirapu, J., López, J., Castillo, A., y Lorea, I. (2006). "Alteraciones Neuropsicológicas en alcohólicos: un estudio exploratorio". *Adicciones*. 18, (1), 49-60. Recuperado el 4 de Febrero 2013 de: <http://www.adicciones.es/files/Landa.pdf>

Landa, N., Fernández, J., y Tirapu, J. (2004). "Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas". *Adicciones*. 16, (1), 41-52. Recuperado el 6 de Febrero 2013 de: <http://www.adicciones.es/files/41-52Ateraci.Neuro.pdf>

Londoño, L. (2009). "La atención: un proceso psicológico básico". *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*. 5 (8), 91-100. Recuperado el 8 de Agosto 2013 de: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-09-vol5-n8.pdf>

Lopera, F. (2008). "Funciones Ejecutivas Aspectos Cínicos." *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8 (1), 59-76. Recuperado el 20 de Febrero 2013 de: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_8.pdf

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (sf), DSM-IV-TR. MASSON Ediciones. 1-1041.

Mármol, G. (2010). "Curso de Neuropsicología Primera Parte". 1-41

Ministerio de Salud Pública (sf), Coordinación General de planificación, Dirección Nacional de información, seguimiento y control de gestión.

Moreno, L., Expósito, J., Sanhueza, C., y Angulo, M. (2008). "Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes". *Adicciones*. 20, (3), 271-281. Recuperado el 20 de Febrero 2013 de:file:///C:/Users/biblioteca/Downloads/Actividad%20prefrontal%20y%20alcoholismo%20de%20fin%20de%20semana%20en%20jóvenes.pdf

Navarro, S., Guerrero, J., y Borgues, G. (2007). "Alcohol, tabaco y deterioro Cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años". *Salud Pública de México*. 49, (4) ,467-474. Recuperado el 2 de Marzo 2013 de:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000005&script=sci_arttext

Ostrosky, F., Ardila, A., y Rosselli, M. (sf). NEUROPSI evaluación neuropsicológica breve en español- Manual e Instructivo. Evaluación del funcionamiento cognoscitivo. 1-42.

Pineda, D. (2000). "La función ejecutiva y sus trastornos". *Revista de Neurología*. 30, (8), 764-768. Recuperado el 25 de Febrero 2013 de:http://www.neurologia.com/pdf/Web/3008/i080764.pdf

Saavedra, C. (2010). "Alcohol y alcoholismo". *Revista Diagnóstico*, 49 (2), 1-10. Recuperado el 2 de Marzo 2013 de:http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2010/abri-jun/58-65.html

Tirapu, J., y Luna, P. (sf). *Neuropsicología de las Funciones Ejecutivas*. 219-260. Recuperado el 26 de Febrero 2013 de:file:///C:/Users/biblioteca/Downloads/manualNeuro2_muestra.pdf

- Valdés, J., y Torrealba, F. (2006). "La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo. Implicancias en desórdenes de la conducta". *Revista Chilena neuro-Psiquiatría*. 44(3), 195-204. Recuperado el 20 de Abril 2013 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272006000300005&script=sci_arttext
- Vélez, A., Borja, K., y Ostrosky, F. (2010). "Efectos del consumo de marihuana sobre la toma de decisión". *Revista Mexicana de Psicología*. 27, (2), 309-315. Recuperado el 22 de Febrero 2013 de: http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/Velez_-_Efectos_del_Consumo_de_marihuana_en_toma_decision%5B1%5D.pdf
- Verdejo, A., Orozco, M., Meersmans, J., Aguilar, F., y Pérez, M. (2004). "Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva". *Revista de neurología* (38), 12, 1109-1116. Recuperado el 22 de Febrero 2013 de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3812/q121109.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA INICIAL
GRUPO CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Fecha:

Nombre:

- Cumple con los criterios diagnósticos del DSM- IV para la dependencia alcohólica

SI NO

- Tiene una edad comprendida entre 30 a 50 años

SI NO

- Ha mantenido abstinencia de alcohol las tres semanas previas a la evaluación.

SI NO

- Cuenta con al menos doce años de estudio (bachillerato)

SI NO

- Tiene o ha tenido diagnóstico médico de patología mental.

SI NO

- Ha tenido algún traumatismo craneo encefálico importante.

SI NO

- Su Participación en este estudio es voluntaria.

SI NO

- Usted ha sido previamente informado sobre el estudio en el que va a participar

SI NO

Anexo 2**ENTREVISTA INICIAL
GRUPO CONTROL**

Fecha:

Nombre:

- Tiene una edad comprendida entre 30 a 50 años

SI NO

- Ha mantenido abstinencia de alcohol las tres semanas previas a la evaluación.

SI NO

- Cuenta con al menos doce años de estudio (bachillerato)

SI NO

- Tiene o ha tenido diagnóstico médico de patología mental.

SI NO

- Ha tenido algún traumatismo craneo encefálico importante.

SI NO

- Su Participación en este estudio es voluntaria.

SI NO

- Usted ha sido previamente informado sobre el estudio en el que va a participar

SI NO

Anexo 3

Quito, 24 de Octubre 2013

Doctor/a

.....
DIRECTORA MÉDICA DEL CENTRO DE REPOSO Y ALBERGUE "SAN JUAN DE DIOS"

Presente.

De mis consideraciones:

Reciba un cordial y afectuoso saludo, mi nombre es Diana Lorena Proaño, y soy estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de las Américas (UDLA). Al momento me encuentro realizando mi trabajo previo a la obtención del título de pregrado.

El mismo que consiste en un estudio sobre el desempeño de funciones ejecutivas en pacientes con dependencia al alcohol, diagnostico (F.10). Versus un grupo control de las mismas características que el grupo clínico.

Para lo cual quiero solicitar a usted se me permita realizar la aplicación del test NEUROPSI de atención y memoria, dentro de la institución bajo su cargo. A los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, planteados para este estudio.

Debo indicar que el tiempo de aplicación de la herramienta es de aproximadamente una hora, y permite evaluar diferentes funciones cognitivas de los pacientes.

En espera de su favorable respuesta, me despido muy agradecida.

Atentamente.

Anexo 4Universidad de las Américas
Investigación cuantitativaConsentimiento informado

Yo, _____, con C.I. _____ He sido convocado/a para colaborar en el proyecto de investigación científica sobre el desempeño de funciones ejecutivas en pacientes con dependencia al alcohol frente un grupo control.

Esta investigación se realiza en el marco de formación en Investigación Cuantitativa previo a la obtención del título de pregrado de la carrera de psicología de la Universidad de las Américas.

Mi participación en este estudio contempla una aplicación de un test de aproximadamente una hora de duración, el mismo que será evaluado en su totalidad. Entiendo que la información que entregue en mis relatos será absolutamente confidencial y solo conocida integralmente por el equipo de investigación a cargo de este estudio y el docente-supervisor; el resguardo de mi anonimato será asegurado a partir de la modificación de nombres de personas y de toda otra información que emerja.

Estoy en mi derecho durante la entrevista de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto.

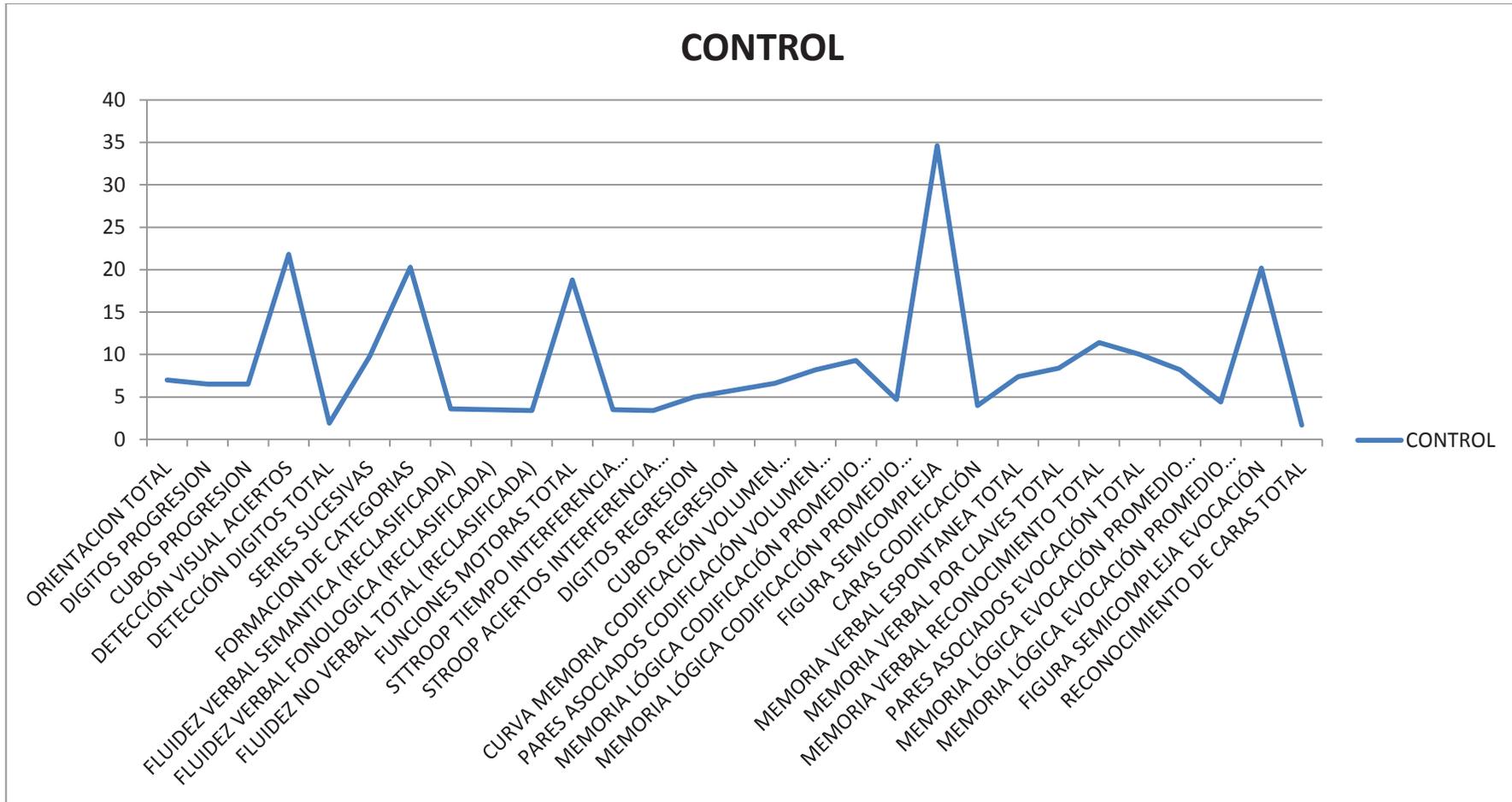
He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar de este estudio

Firma participante

C.I. _____

En _____, al _____ de _____ de 2013

Anexo 5. Perfil General de Ejecución del Grupo Control



Anexo 6. Perfil General de ejecución del Grupo Clínico.

