

Aspectos neuropsicológicos y sociales de la drogodependencia en Ecuador

**ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA
DROGODEPENDENCIA EN ECUADOR**

Autores: Santiago Poveda Ríos (mpoveda@pucesa.edu.ec)

Abrahan Mora Pérez

Tamara Naranjo Hidalgo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Ambato

Resumen

Existen varios estudios que se han realizado a nivel internacional sobre las consecuencias del consumo de drogas en el funcionamiento global del adicto, sin embargo, en el Ecuador el estudio de los efectos colaterales son insuficientes a nivel neuropsicológico y social. **Objetivo:** Analizar los aspectos neuropsicológicos y sociales del drogodependiente en el Ecuador. **Metodología:** los 65 participantes de entre 20 y 40 años de edad, fueron seleccionados de varios centros de adicciones localizados en distintas provincias del país y debieron cumplir criterios de inclusión y exclusión; los instrumentos aplicados fueron baterías neuropsicológicas y bitácoras para el levantamiento de la información, todo el estudio fue de corte transversal y de tipo descriptivo, correlacional entre las variables investigadas. **Resultados:** factores como la familia y el grupo de amigos puntuaron como significativos en la determinación de la conducta adictiva, los discursos y los universos de los participantes mostraron relación directa entre los imaginarios de los participantes y su impacto sobre el comportamiento adictivo; mientras que varios componentes cognitivos como la velocidad de información, la autoregulación, fluidez verbal, flexibilidad mental, memoria semántica, memoria viso-espacial, toma de decisión, concentración estaban afectados en esta población. **Conclusiones:** varios de los resultados de la investigación son compartidos con otras realidades a nivel internacional, sin embargo, varios de ellos mostraron características singulares ligadas a aspectos socioculturales dinámicas donde el adicto se desenvuelve y desarrolla, que resultó distintas para las regiones del país.

Palabras claves: Drogodependencia, familia y drogas, influencia social, déficits neuropsicológicos deterioro cognitivo.

Abstract

There are several studies that have been carried out at the international level on the consequences of drug use on the overall functioning of the addict, however, in Ecuador the study of side effects are insufficient at the neuropsychological and social level. **Objective:** To analyze the neuropsychological and social aspects of drug addicts in Ecuador. **Methodology:** the 65 participants between 20 and 40 years of age were selected from several addiction centers located in different provinces of the country and had to meet inclusion and exclusion criteria; The instruments applied were neuropsychological batteries and logs for information retrieval, the whole study was cross - sectional and descriptive, correlational among the variables investigated.

Results: factors such as family and group of friends scored as significant in determining addictive behavior, participants' discourses and universes showed a direct relationship between participants' imagery and their impact on addictive behavior; While several cognitive components such as information speed, self-regulation, verbal fluency, mental flexibility, semantic memory, visuospatial memory, decision making, concentration were affected in this population. Conclusions: several of the results of the research are shared with other realities at international level, however, several of them showed unique characteristics linked to dynamic sociocultural aspects where the addict develops and develops, which was different for the regions of the country.

Key words: Drug dependence, family and drugs, social influence, neuropsychological deficits cognitive impairment.

I. Introducción

El consumo de droga promueve la preocupación a nivel mundial por las múltiples consecuencias ligadas a la adicción. La investigación de los déficits neuropsicológicos asociados al consumo de cannabis se inició durante la década de los 70 careciendo de profundidad, con estudios sobre la detección de posibles déficits neuropsicológicos provocados por el abuso de cocaína, que afectaron en funciones como la memoria, aprendizaje, atención, concentración, flexibilidad y control mental, por otro lado las investigaciones asociadas al consumo de heroína se desarrolló en EEUU durante la década de los 70 (Fields & Fuellerton, 1975; citado en, Verdejo García, López Torrecillas, Orozco Giménez, & Pérez García, 2002), llegando a establecer el perfil neuropsicológico de los consumidores de opiáceos que incluía déficits a corto plazo en memoria verbal y visual, atención y concentración, habilidades motoras finas, habilidades viso-espaciales y visomotoras, fluencia verbal, además deterioro en funciones ejecutivas y razonamiento abstracto. Por último existen investigaciones en donde dan a conocer la neurotoxicidad del éxtasis, ya que provoca déficits neuropsicológicos en funciones como la memoria, Función ejecutiva y alteraciones en la personalidad. (Verdejo García, López Torrecillas, Orozco Giménez, & Pérez García, 2002)

En cuanto a la relación de los factores sociales en el consumo de drogas, ha sido tratada por diferentes autores, así pues, se afirma que el uso se produce en una "cultura adictiva" (Cunningham & Ramer, 1988), que influye en el sujeto,

asimismo se relaciona directamente con el contexto social (Steinglass & Bennett, 1989). Posteriormente se propone un listado de factores contextuales e interpersonales como pauta para entender la adicción (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992), de ahí que el tema es abordado como una “biopolítica del consumo” (Reguillo, 2000), en la que el contexto social es un elemento significativo, además Ustárroz (2005) considera esta problemática desde una “visión comunitaria”. Así pues se realiza una revisión de los factores contextuales (Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012) que se complementa con gran parte de lo antes mencionado.

II. Desarrollo

Estado del Arte y la Práctica

La familia, el contexto social y las drogas

El concepto de familia se ha modificado a través del tiempo, y a pesar de que por una parte, se considere que las instituciones sociales están en crisis y por otra, que a pesar de la crisis, la esencia institucional permanece inalterable, es indudable que la estructura y dinámica familiar, deben considerarse como factores que inciden en la adicción y su perfil social de consumo (Steinglass & Bennett, 1989), y además repercuten a nivel biológico. De manera que, la familia es la llamada a crear un ambiente de seguridad y confianza. Cuando esto no sucede, la droga aparece como sustituto de lo que no se dio o fue inadecuado, siendo este uno de los factores influyentes para iniciar el consumo (Moffatt, 2006). Así mismo, a consecuencia del consumo, existe grave repercusión a nivel del funcionamiento cognitivo, estas alteraciones asumen un papel esencial en la conducta social del individuo y en su funcionamiento diario (Madoz Gúpide, Ochoa Mangado, & Martínez Pelegrín, 2009).

La familia con mensajes verbales y no verbales, se encarga de mostrar al niño (a) o joven una conducta adictiva relacionada con el uso de sustancias (Font-Mayolas, Gras, & Planes, 2006). Sin embargo, existen estudios en los que tener un padre o una madre consumidor de drogas, no es un predictor relevante en el desarrollo de la adicción en los hijos en la juventud (Halley, Forster, Wood, Baezconde-Garbanati, & Beth, 2014). Pero la responsabilidad del problema de la adicción no es exclusivo de la familia, existen factores sociales que unidos a otros, puede generar la adicción futura.

El aprendizaje está ligado directamente a las prácticas sociales (Lave & Wenger, 1991), donde a través de imitación de ciertas conductas, el sujeto incorpora como

suyas las del grupo en el que se desenvuelve, estas conductas son determinantes en el caso de los adictos y su contexto social más cercano. Por ejemplo, en el consumo de drogas en amigos, se encuentra una relación directa entre el consumo del adicto y el tener en su contexto amigos consumidores (Varela, Salazar, Cáceres, & Tovar, 2007).

El abuso de drogas origina modificaciones neuroanatómicas y funcionales más o menos persistentes en regiones cerebrales que participan en distintas funciones o dominios cognitivos, como la toma de decisiones, la motivación, el aprendizaje, la atención, la memoria y otros. (Ruiz Sánchez de León & Pedrero Pérez, 2014), que han sido motivo de evaluación en diversas investigaciones en el campo científico, con el fin de determinar perfiles de comportamiento y rendimiento cognitivo.

Memoria y drogas

“La memoria es una función neurocognitiva que permite registrar, codificar, consolidar, retener, almacenar, recuperar y evocar la información previamente almacenada”. (Portellano, 2005).

En la investigación realizada por (Arbaiza del Río, 2014) acerca del funcionamiento de la memoria en adictos a cocaína señaló la existencia de déficit en la memoria visual, verbal y en la memoria de trabajo, en cuanto a los consumidores de cannabis varios estudios indican un deterioro en la memoria reciente (Ashton, 2001), otras investigaciones (Ranganathan & D’Souza, 2006) afirman que los consumidores presentan deterioro en todas las etapas de la memoria: la codificación, consolidación y recuperación.

Función ejecutiva y drogas

“La Función ejecutiva incluye aspectos como la capacidad de filtrar la interferencia, el control de las conductas dirigidas a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de la conducta y la flexibilidad mental; también incluye la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia”. (Ardila & Rosselli, 2007).

En la investigación realizada por (Antonio, 2006), afirma que los individuos drogodependientes presentan problemas conductuales significativos en los dominios de apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva, durante el periodo de consumo como en la abstinencia, además mencionó que los consumidores de cocaína presentan deterioros más severos en los componentes ejecutivos de inhibición y cambio, con respecto a los consumidores principales de opiáceos.

Atención y drogas

“La atención es un constructo hipotético que se refiere a la consciencia selectiva de procesos psicológicos internos o del ambiente externo, existen vario tipos de atención como: la atención alternante que es la habilidad de cambiar el foco de atención entre tareas o estímulos, la atención dividida se refiere a la habilidad de responder simultáneamente a dos tareas o estímulos, la atención focalizada corresponde a la habilidad de dirigir la atención sobre un estímulo particular mientras otros son ignorados y la atención sostenida es la capacidad de mantener la atención sobre un intervalo amplio de tiempo”. (Ardila, Arocho Llantín, Lobos, & Rodríguez, 2015)

Horner en 1999 realizó una revisión bibliográfica en cuanto al consumo crónico de cocaína y su efecto en la atención, concluyendo, que se aprecian fallos en la atención selectiva y mantenida, y en la velocidad de procesamiento, sin corroborar el efecto en la atención dividida. (Madoz Gúrpide, Ochoa Mangado, & Martínez Pelegrín, 2009), trabajos realizados por Strickland et al. (1993), Beatty et al. (1995) y Kouriet al. (1996), con adictos severos tras seis meses de abstinencia, pudieron evidenciar déficit en la atención sostenida y concentración. (Ruiz Sánchez De León, y otros, 2009).

III. Metodología

Diseño

Se realizó una investigación transversal de tipo descriptivo, correlacional y etnográfico de los indicadores abordados

Participantes

Dentro del estudio participaron 65 adictos a sustancias sólidas. La muestra fue recolectada de distintos centros de adicciones para drogas que operan en varias provincias de la República del Ecuador. Los participantes, se consideró que los sujetos debían estar adscritos a la modalidad residencial en los centros respectivos. El rango de edad se situaba entre 20 a 40 años, la escolaridad de 3 a 16 años, y el tiempo de consumo entre 1 a 12 años, con ciertas variables irregulares que fueron contempladas adicionalmente, como la frecuencia de consumo, la cantidad y el tipo de droga.

Como parte de los criterios para la inclusión se tomó en cuenta: a los sujetos adictos a drogas sólidas (cocaína, base de cocaína, cannabis, éxtasis), que reportaban una

o varias quejas cognitivas de recuerdo, aprendizaje u otras, persistentes luego del periodo de desintoxicación habitual.

Fueron excluidos del estudio los sujetos con menos de 30 días de internamiento, así como también a los consumidores de sustancias lícitas o ilícitas líquidas, por un interés particular de la investigación en conocer lo más concretamente posible, los efectos de las drogas sólidas sobre el perfil neuropsicológico y social del adicto y de esta manera obtener información específica y aquellos adictos con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica o médica importante que les imposibilitaba de participar en las evaluaciones realizadas.

Instrumentos

Se utilizó la batería Neuropsi, para evaluar diversos aspectos de la atención y memoria, (Ostrosky, Gómez, Matute, Rosselli, Ardila, & Pineda, 2012). Este instrumento permite valorar los procesos de memoria y atención-funciones ejecutivas, se aplica individualmente dura algo menos de 1 hora en poblaciones estándar. La calificación permite obtener puntuaciones en cuatro escalas: normal alto (116 o más), normal (85-115), leve a moderado (70-84) y severo (69 o menos). La confiabilidad test-retest es de 0.88 para el puntaje total, y para las pruebas se encuentra entre 0.84 a 1.0.

Finalmente, para la evaluación de las funciones ejecutivas, se empleó el BANFE (Flores Lázaro, Ostrosky Shejet, & Lozano Gutiérrez, 2012). Se aplica de forma individual en tiempo aproximado de 60 minutos considerado factores como la edad, escolaridad y otros. Las puntuaciones valoran áreas prefrontales COF, CPFDL y CPFA, y se agrupan en cuatro escalas: normal alto (116 o más), normal (85-115), leve a moderado (70-84) y severo (69 o menos).

Procedimiento

Todos los participantes fueron informados de los propósitos del estudio y firmaron un consentimiento voluntario. Las evaluaciones se realizaron de forma individual, tardaron en promedio 60 minutos cada una, en dos sesiones espaciadas entre 2 y 3 meses una de la otra.

Se agruparon a los sujetos según el reporte de drogas que consumían. En el siguiente orden:

1. Consumidores de base de cocaína y cannabis.
2. Consumidores de base de cocaína.
3. Consumidores de alguna droga frecuente más alguna de menos frecuencia

4. Consumidores de cocaína, base de cocaína y cannabis.
5. Consumidores de cocaína.
6. Consumidores de cannabis.
7. Consumidores de cocaína y cannabis.
8. Consumidores de cocaína, base de cocaína.

Estadísticos

Se utilizaron análisis descriptivos de las puntuaciones generales y particulares de los instrumentos, estadígrafos de correlación (r Pearson) y de regresión lineal (R^2) mediante la utilización de la herramienta IBM SPSS Statistics 20.0. Mientras que los datos recogidos a través de entrevistas etnográficas no directivas y de observaciones participantes, fueron procesados para su organización, codificación, categorización, estructuración y teorización (Martínez Rodríguez , 2011). Finalmente, se utilizó el programa informático Zoom Tropez para completar el análisis.

IV. Resultados

Los resultados de las variables sociodemográficas, muestran que el grupo de estudio en relación al sexo fue de 63 participantes equivalentes al 96,92% fueron hombres y 2 participantes con 3,08% mujeres, según la edad el grupo presentó $M=26.14$ años y $Dt=5.584$, en cuanto a la escolaridad $M=10.63$ y $Dt=2.837$, y finalmente en lo concerniente al tiempo de consumo de drogas sólidas $M=47.15$ y $Dt=30.653$, medido en meses.

Influencia social en el consumo de drogas

Los discursos se consideran como prácticas sociales que constituyen los imaginarios de las personas e influyen de forma concluyente en la reproducción de la vida socio-histórico-cultural (Haidar, 2000). En consecuencia al analizar el discurso del adicto se está analizando la realidad social del mismo, su construcción imaginaria y por ende su cosmovisión, lo que resulta determinante para establecer la influencia que el factor social tiene en el adicto para el consumo de drogas.

Tabla 1. Discurso: estilo- universos-referencias

	Estilo- puesta en escena	Universo de referencia 1	%	Universo de referencia 2	%	Referencias utilizadas	%
Amigos**	Dominant e- enunciativ o; narrador subjetivo Puesta en escena: Dinámica- activa	Cuestiones sociales Salud enfermedad Cuestiones sociales Conceptos generales	100 88 82 77	Existencia Material o sustancia; fármacos, funciones vitales, casualidad , conocimie nto Identidad y familia. accidentes	10 0 10 0 82 67	Existencia tiempo Alcohol y drogodepen dencia, amigo Emociones panas Familia, problemas Curiosidad	10 0 95 86 83 72 67 63
Instituciones**	Dominant e- enunciativ o: narrador subjetivo Puesta en escena: Dinámica- activa	Comunicación, economía Conceptos generales (educación, cuerpo, objetos, economía, arte) Salud y enfermedad es Cuestiones sociales Pensamiento y comportamie ntos Cuerpo	100 93 91 89 80 63	Tiempo, material o sustancia, existencia, orden, comportam iento-to y finanzas Fármacos, identidad- familia, espacio Comporta mientos positivos (vivienda, padres, centros de enseñanza)	10 10 0 88 80	Droga, tiempo, amigos, título Drogodepen dencia Parientes Comunión, universidad, concordanci a Nutrición.	10 0 88 75 67 60
Familia*	Dominant e- argument ativo Puesta en escena: dinámica activa	Salud- enfermedad, economía, empleo, alimentación Conceptos generales (sociabilidad, pensamiento s- comportamie	100 83	Fármacos, existencia, negocios Tiempo, orden Causalidad , conocimie nto Sustancia, relación	10 0 87 73 67	Drogodepen dencia, consumidor, trato (problema) Tiempo exacto (parientes, método) Clasificación (problema,	10 0 90 80 75

ntos empleo, cuerpo)	(afección), principios	agrupamiento, trato) Persona (negocio- trabajo)
-------------------------	---------------------------	---

Socialización primaria ()*

*Socialización secundaria (**)*

Fuente: Análisis de datos obtenidos a través de ZOOM TROPEZ de entrevistas etnográficas

En relación con los resultados, en el criterio “amigos” en la *Tabla 1*, se evidencia un estilo dominante enunciativo, el narrador subjetivo con una puesta en escena dinámica y activa. Por otro lado con respecto a las referencias, se encuentra, los vínculos sociales y existencia en relación directa con sustancia y fármacos. Además en el criterio “instituciones” el estilo coincide con el encontrado en “amigos”. Dominante enunciativo, el narrador subjetivo con una puesta en escena dinámica y activa. De modo similar sucede con las referencias, los porcentajes más altos lo ocupan conceptos como: existencia, sustancia, fármacos, amigos, comunicación.

En cuanto a la “familia” el estilo se muestra dominante argumentativo con una puesta en escena dominante activo, sin definir el papel narrativo. A cerca de las referencias se evidencia un porcentaje alto en la utilización de: salud, enfermedad, fármacos, sustancia y existencia en menor grado. De ahí que el resultado en la tabla 1, en relación al estilo del discurso que utilizan es dominante enunciativo, cuando se refieren a amigos e instituciones, en el que establece una relación de complicidad que gira en torno al consumo, además revela un punto de vista sobre esta realidad. En cambio es dominante argumentativo al referirse a la familia, en el que discute, compara o critica la relación con el consumo, lo que puede significar una mayor influencia por parte de la socialización secundaria sobre la socialización primaria.

En lo que concierne a los universos de referencia que se encuentran en el discurso de las personas estudiadas, se descubre que en la socialización secundaria el porcentaje mayor lo ocupan; existencia, droga, amigos, salud, enfermedad. Por otra parte al revisar la socialización primaria el porcentaje mayor lo ocupan; drogo dependencia, consumo, salud, enfermedad y existencia en menor grado.

Tabla 2. Discurso: relaciones-referencias

	Relaciones	Verbos- conectores	%	Modalizacio nes- adjetivos	%	Pronombre s-adjetivos	%
Amigos* *	Drogodepende ncia-alcohol; polvo, alcohol, escuela, trabajo, pana, problemas. Nutrición- alcohol; tiempo, familia. Problemas- parientes, consumo- alegría- enfermedad	Verbos: factivo estativo ser, consumir, tener, estar, probar, fumar, sentir Conectores: comparación	55, 5 40, 3 16, 4	Modalizacio nes: tiempo negación Adjetivos: numérico	25 35,3 36,8	Pronombre s: yo otros Adjetivos: bueno, amigo, fundament al	76,8 4,3
Institucion es**	Drogas- amigos, consumo- alegría- enfermedad educación- mejor vida	Verbos: factivo estativo Ser, tener, estar, decir, gustar, conocer. Conectores: condición causa lugar	54, 3 41, 8 8,9 25, 3 3,8	Modalizacio nes: tiempo negación Lugar Adjetivos: subjetivo numérico	30,5 37,8 15,9 51,6 29	Pronombre s: yo otros Adjetivos: bueno	88,5 12,4
Familia*	Parientes- familia política. Inferioridad- drogodepende ncia. Nutrición- familia. Prole- tiempo exacto (paseo, amigo, nutrición, economía, edad).	Verbos: factivo estativo Ser, decir, tener, consumir, hacer, estar, ver, vivir. Conectores: Adición condición causa oposición	60, 6 30, 3 36 11. 9 11 19, 3	Modalizacio nes: tiempo negación intensidad Adjetivos: Subjetivo numérico objetivo	25,5 44,7 21,3 35,9 35,9 28,1	Pronombre s: yo otros Adjetivos: mayor, menor, último	68,3 21

Socialización primaria ()*

*Socialización secundaria (**)*

Fuente: Análisis de datos obtenidos a través de ZOOM TROPEZ de entrevistas etnográficas

Los resultados de relaciones-referencias, en lo que concierne “amigos”, en la tabla 2, evidencian que; la drogodependencia, problemas, alegría, enfermedad y consumo tienen relación directa. En referencia a la utilización de verbos en sentido factivo, es decir que implican, movimiento-acción, presenta el 55,5%, expresa acción vinculada mayoritariamente con “ser, consumir, tener”, además el pronombre “yo” se ha empleado en un 76,8 %. De ahí que, se evidencia una relación directa entre estos componentes.

Asimismo en lo que concierne a “instituciones”, se muestra que están relacionados; las drogas, amigos, consumo, alegría, enfermedad, educación y mejor vida. Se evidencia la utilización de verbos en sentido factivo, tiene un resultado del 54,3%, relacionado con “ser, tener y estar”, también se utiliza el pronombre “yo” en un 88,5%. Y en “familia” se observa la relación próxima de; parientes, inferioridad, drogodependencia, prole. De modo similar que en las categorías anteriores, la utilización de verbos en sentido factivo, ser, decir, tener, es mayor que la de verbos en sentido “estativo”, representando en este caso con un 60.6%, con el uso del pronombre “yo” en un 68,3%, igualmente se muestra una relación directa entre los componentes.

En definitiva la socialización secundaria presenta una relación directa con el consumo, por otra parte en la socialización primaria la relación va sobre la drogodependencia. Además se presenta un porcentaje mayor de utilización de verbos en sentido factivo en la socialización secundaria con relación a la primaria.

El aprendizaje está ligado directamente al proceso de socialización (Lave & Wenger, 1991), dónde el sujeto incorpora practicas del contexto social. El factor de socialización secundaria (Giddens, 2000) tendría en este caso mayor incidencia en el consumo en relación con la socialización primaria. Se han reportado estudios en los que el consumo dentro de la familia influye (Steinglass & Bennett, 1989), pero no es determinante en el sujeto (Halley, Forster, Wood, Baezconde-Garbanati, & Beth, 2014). Sin embargo se encuentra correspondencia entre tener familiares, parejas y amigos consumidores y el consumo del sujeto (Font-Mayolas, Gras, & Planes, 2006), realidad análoga con la presente investigación. Por consiguiente la responsabilidad del consumo es compartida.

En el discurso de los sujetos estudiados, se encuentran códigos frecuentes; consumo, gozo, dolor, adicción y recuperación. Consumo y gozo tienen una relación directa con amigos, lo que concuerda plenamente con lo antes expuesto. En lo concerniente a dolor, está relacionado con; angustia, amargura, resentimiento, violencia y familia. La adicción por otra parte se relaciona directamente con; locura, enfermedad y muerte. Cabe indicar que se evidencia la presencia de la idea de recuperación, relacionada con un poder superior, nueva vida y familia.

La adicción a las drogas tiene diferentes causas, sin embargo se puede decir que el contexto tanto de socialización primaria como secundaria, se relacionan directamente con la adicción (Poveda-Ríos, Mora Pérez, Lara Machado, & Naranjo Hidalgo, 2016). Esta relación produce una cosmovisión en la que el adicto disfruta del consumo en un inicio, lo que se evidencia en su discurso. Posteriormente se muestra un cambio en el discurso en relación a la adicción, entrampado en un problema sin solución aparece dolor y sufrimiento, características singulares de esta etapa. Finalmente está el discurso del adicto en recuperación, en el que la familia se convierte en el apoyo para encontrar una nueva vida, en esta etapa algunos casos abandonan completamente los componentes de socialización secundaria, cuando estos no apoyan el proceso de recuperación.

Si tomamos en cuenta que la vida del adicto gira alrededor del consumo de drogas, como por ejemplo, el estudio realizado por Tenorio Ambrossi (2003) y además que esta actividad se realiza en un inicio en compañía, y dentro de un contexto de una "cultura adictiva" (Cunningham & Ramer, 2010), no es difícil comprender una trama, en la que se vincula en mayor grado a la socialización secundaria con el consumo de drogas, de modo similar al estudio realizado por Varela, Salazar, Cáceres, & Tovar (2007). Esto coincide con la publicación realizado por Halley, Forster, Wood, Baezconde-Garbanati, & Beth (2014) en el que se muestra que tener más de tres amigos consumidores es una determinante en la conducta adictiva del sujeto. Por otra parte en este tipo de contexto social se configura al consumo de drogas, como elemento constitutivo de la identidad (Reguillo Cruz, 2000).

Componentes neuropsicológicos afectados en la drogodependenciaTabla III. *Perfil neuropsicológico de Atención y Memoria en drogodependientes.*

Pruebas	Alteración severa		Alteración leve a moderada		Normal		Total
	F	%	F	%	f	%	
Atención y concentración							
Retención dígitos en	27	41.5	13	20.0	25	38.5	65
Cubos en progresión	24	36.9	14	21.5	27	41.5	65
Detección visual	37	56.9	20	30.8	8	12.3	65
Detección de dígitos	12	18.5	10	15.4	43	66.2	65
Series sucesivas	22	33.8	13	20.0	30	46.2	65
Memoria de trabajo							
Dígitos en regresión	29	44.6	17	26.2	19	29.2	65
Cubos en regresión	52	80.0	10	15.4	3	4.6	65
Codificación							
Curva de memoria	42	64.6	14	21.5	9	13.8	65
Pares asociados	43	66.2	12	18.5	10	15.4	65
Memoria lógica	39	60.0	21	32.3	5	7.7	65
Figura de Rev	48	73.8	17	26.2	0	0.0	65
Caras	22	33.8	16	24.6	27	41.5	65
Evocación							
Memoria verbal	44	67.7	14	21.5	7	10.8	65
Memoria verbal por	52	80.0	13	20.0	0	0.0	65
Memoria verbal	38	58.5	26	40.0	1	1.5	65
Pares asociados	45	69.2	18	27.7	2	3.1	65
Memoria lógica	54	83.1	9	13.8	2	3.1	65
Figura de Rev	57	87.7	8	12.3	0	0.0	65
Caras	35	53.8	19	29.2	11	16.9	65
Función Ejecutiva							
Formación de	45	69.2	16	24.6	4	6.2	65
Fluidez verbal	47	72.3	15	23.1	3	4.6	65
Fluidez verbal	53	81.5	12	18.5	0	0.0	65
Fluidez no verbal total	49	75.4	11	16.9	5	7.7	65
Funciones motoras	53	81.5	9	13.8	3	4.6	65
Stroop tiempo	55	84.6	7	10.8	3	4.6	65
Stroop aciertos	33	50.8	10	15.4	22	33.8	65
Totales	41	62,5	14	21,5	10	15,9	65

Fuente: Análisis de datos obtenidos del NEUROPSI

Los resultados de perfil neuropsicológico para los dominios de atención, memoria y función ejecutiva mostraron una tendencia regular de afectación severa entre los distintos componentes visoespaciales y auditivos, sin embargo, tres resultados se muestran con mayor significación de frecuencias reportadas, tal como se describe en la *Tabla III*.

Para la prueba de *Detección visual* existen predominantemente alteraciones severas y moderadas en el 87.7% del grupo estudiado, donde se pudo observar déficits significativos del registro de información con características visoespaciales, lo que indicaría por una parte una posible afectación de áreas parietales posteriores que

daría como resultado problemas en la identificación de información relevante del entorno, en independencia del monitoreo de la tarea por áreas anteriores de la corteza cerebral.

Dentro del componente de atención y concentración, se puede observar en la (Tabla III) que los resultados para la prueba *Detección de dígitos* determinaron una afectación total de 33,9% entre alteraciones leves-moderadas a severas, lo que podría indicar una afectación de áreas perisilvianas, debido a la dificultad de registrar las características fonológicas de la información por una parte, o por otra parte, la afectación de áreas relacionadas con el ensayo articulatorio localizadas en el área de Broca, que impida que la información decaiga por defecto de limitación del almacén fonológico, donde estos elementos se retienen por pocos segundos para luego perderse.

Los resultados obtenidos en el componente de codificación para el dominio de memoria, muestra que existen deficiencias entre moderadas y severas en diversas pruebas (Tabla). Varios componentes de la codificación representan un complejo mecanismo de encriptado de la información, registrada por el campo sensorial del sujeto ante una tarea o una actividad determinada con un fin particular. En los resultados obtenidos se observa que las modalidades ecoica e icónica de las pruebas: *Curva de memoria*, *Pares asociados*, *Memoria lógica* y *Figura de Rey* están significativamente afectadas.

Al mismo tiempo, los resultados para el componente de evocación mostraron hallazgos igualmente deficientes entre alteración severa y moderada para la muestra de estudio. Ante la afectación del componente de codificación es de esperarse aunque no necesariamente, que la recuperación de datos sea deficiente, escasa o nula, ya que para la misma es importante que la información haya sido previamente almacenada y retenida entre la memoria de corto plazo (MCP) y MLP, según corresponda.

Por lo que, los resultados de evocación en particular para las pruebas *Memoria verbal espontánea*, *Memoria lógica* y *Figura de Rey*, evidenciaron que existe un déficit de memoria que podría explicarse por la ausencia de huellas mnésicas de la fase de codificación, y los resultados para las pruebas *Memoria verbal por clave*, *Memoria verbal por reconocimiento*, *Pares asociados* y *Caras* mientras tanto, mostraron que existe un déficit de evocación, que se distingue del déficit mnésico o

del recuerdo espontáneo, por el uso y aprovechamiento de pistas que usualmente facilitan la evocación.

Tabla IV. *Perfil neuropsicológico de Funciones Ejecutivas en drogodependientes.*

Pruebas	Alteración severa		Alteración leve a Normal				Total
	f	%	moderada		Normal		
			f	%	f	%	
Orbitomedial							
Stroop Forma A Errores tipo	50	76.9	11	16.9	4	6.2	65
Stroop Forma A Tiempo	47	72.3	5	7.7	13	20.0	65
Stroop Forma A Aciertos	29	44.6	19	29.2	17	26.2	65
Stroop Forma B Errores tipo	48	73.8	10	15.4	7	10.8	65
Stroop Forma B Tiempo	50	76.9	15	23.1	0	0.0	65
Stroop Forma B Aciertos	29	44.6	21	32.3	15	23.1	65
Laberintos Atravesar	35	53.8	16	24.6	14	21.5	65
Juego de cartas Porcentaje	31	47.7	15	23.1	19	29.2	65
Juego de cartas Puntuación	33	50.8	17	26.2	15	23.1	65
Clasificación de Cartas	30	46.2	15	23.1	20	30.8	65
Anterior							
Clasificación semántica Total	31	47.7	17	26.2	17	26.2	65
Refranes Tiempo	37	56.9	15	23.1	13	20.0	65
Refranes Aciertos	33	50.8	14	21.5	18	27.7	65
Metamemoria Errores	36	55.4	20	30.8	9	13.8	65
Metamemoria Errores	33	50.8	17	26.2	15	23.1	65
Memoria de trabajo							
Señalamiento Autodirigido	35	53.8	13	20.0	17	26.2	65
Señalamiento Autodirigido	31	47.7	15	23.1	19	29.2	65
Señalamiento Autodirigido	35	53.8	17	26.2	13	20.0	65
Ordenamiento Alfabético	32	49.2	14	21.5	19	29.2	65
Resta Aciertos	57	87.7	8	12.3	0	0.0	65
Resta Tiempo	37	56.9	13	20.0	15	23.1	65
Suma Aciertos	43	66.2	11	16.9	11	16.9	65
Suma Tiempo	31	47.7	16	24.6	18	27.7	65
Memoria Visoespacial Nivel	54	83.1	11	16.9	0	0.0	65
Memoria Visoespacial	54	83.1	11	16.9	0	0.0	65
Memoria Visoespacial	41	63.1	12	18.5	12	18.5	65
Funciones ejecutivas							
Laberintos Planeación	27	41.5	25	38.5	13	20.0	65
Laberintos Tiempo	31	47.7	18	27.7	16	24.6	65
Clasificación de Cartas	34	52.3	14	21.5	17	26.2	65
Clasificación de Cartas	53	81.5	10	15.4	2	3.1	65
Clasificación de Cartas	37	56.9	17	26.2	11	16.9	65
Clasificación Semántica Total	54	83.1	8	12.3	3	4.6	65
Clasificación Semántica	52	80.0	12	18.5	1	1.5	65
Clasificación Semántica Total	51	78.5	8	12.3	6	9.2	65
Fluidez Verbal de verbos	57	87.7	5	7.7	3	4.6	65
Fluidez Verbal de verbos	55	84.6	8	12.3	2	3.1	65
Torre de Hanói Movimientos	61	93.8	4	6.2	0	0.0	65
Torre de Hanói Tiempo	37	56.9	26	40.0	2	3.1	65
Totales	41	62.8	14	21.2	10	16.0	65

Fuente: Análisis de datos obtenidos del BANFE

Los resultados para los diferentes dominios de las funciones ejecutivas, muestran que existe alteración importante en la región orbitomedial evaluada a través de

todas las pruebas establecidas para la misma, con variaciones entre 69,3% a 100%, sin embargo, como puede observarse la alteración es más significativa en las pruebas: *Stroop Forma A Errores tipo Stroop*, *Stroop Forma A Tiempo*, *Stroop Forma B Errores tipo Stroop* y *Stroop Forma B Tiempo*, (tabla IV) con variaciones entre 73,8% y 100%, lo que puede explicarse por una parte, por la falta de control inhibitorio sobre la identificación de los errores durante la ejecución de una actividad y su respectivo cometimiento, lo que a su vez se asociaría a la falta de reciprocidad o retroalimentación que el sujeto obtiene al ser consciente de una falla durante una tarea determinada y la respectiva corrección de la misma para evitar un resultado inadecuado.

Por lo que, los sujetos dependientes a sustancias pueden ante situaciones conflictivas, fallar significativamente en la toma de decisiones, cuando se trata de evaluar los costos y beneficios de esa decisión, al optar por omitir la retroalimentación de las pérdidas negativas proporcionadas por la experiencia concreta y la previa, que permiten, evaluar, monitorear y corregir la conducta en instancias superiores. Esta evaluación que se superpone a la gratificación de las ganancias inmediatas obtenidas en una actividad determinada, cuando concluye ésta satisfactoriamente, se ve afectada en este tipo de poblaciones donde la postergación de la gratificación es nula, y el sujeto comete errores en pos de las recompensas que obtiene, tal como ocurre en el caso de consumir una droga por el grado de satisfacción inmediata, sin importar las consecuencias negativas del consumo, sean estas a corto o a largo plazo.

Tal como puede observarse (tabla IV), las pruebas que evalúan la corteza prefrontal anterior: *Clasificación semántica Total Categorías*, *Refranes Tiempo*, *Refranes Aciertos*, *Metamemoria Errores negativos* y *Metamemoria errores positivos*, presentan puntuaciones significativas de alteración moderada y severa entre 25,56% en promedio para la primera y 52,32% en promedio para la segunda. Estos resultados podrían explicar, una deficiencia en la producción de categorías semánticas atribuibles a un grupo particular, lo que a su vez sería una evidencia de una pobre capacidad de abstracción de elementos asociados entre sí, en relación a un eje o central.

Finalmente, en relación a los resultados obtenidos para la corteza prefrontal dorsolateral, se puede observar que existe afectación general para todas las pruebas que evalúan la región, con puntuaciones de moderado a severo, que varían

entre 70,0% y 96,9% respectivamente. Sin embargo, las pruebas *Resta Aciertos*, *Suma Aciertos*, *Memoria Visoespacial Nivel*, *Memoria Visoespacial Perseveraciones*, *Memoria Visoespacial Errores*, *Clasificación de Cartas Perseveraciones*, *Clasificación Semántica Total categorías*, *Clasificación Semántica Promedio*, *Clasificación Semántica Total*, *Fluidez Verbal de verbos Total*, *Fluidez Verbal de verbos Perseveraciones* y *Torre de Hanói Movimientos*, muestran déficit significativamente mayor para el área, con alteración moderada y severa que van desde 20% hasta 93,8% de afectación respectivamente (tabla IV).

V. Conclusiones

El perfil social se configura con factores como la familia (socialización primaria) por una parte. Sin embargo el que existan miembros adictos al interior de la familia, no es determinante para el consumo, ahora bien, si se toma en cuenta a la familia como la génesis del consumo, es porque no brinda el espacio afectivo de seguridad y confianza para el desarrollo de una vida armónica, o porque en algunos casos es inexistente, o en otros está presente un sometimiento avasallador. Estas son algunas razones por las que, este espacio es ocupado por elementos de socialización secundaria que influyen en el sujeto para generar una posterior adicción.

La otra parte importante del perfil social del adicto está establecida por el contexto más próximo en el que vive e interactúa el adicto; escuela, grupo de amigos, medios de comunicación, redes sociales entre otros (socialización secundaria). Estos factores influyen decisivamente cuando la familia está en crisis, por lo tanto la predisposición que tendrá el sujeto social para el consumo será alta. Por esta razón sería conveniente incorporar a la familia en los procesos de asistencia, tomando en cuenta contextos terapéuticos de intervención más amplios.

De manera que la socialización secundaria coincide con estar relacionada con el consumo, en cambio en la socialización primaria la relación va sobre la drogodependencia, al referirse a los amigos, colegio, universidad y demás relación de pares, el consumo está presente sin tener la aceptación de la adicción como enfermedad. Por el contrario cuando se refiere a la familia la aceptación de la enfermedad está implícita. Además la utilización de verbos en sentido factivo en la socialización secundaria, representa el sentido de pertenencia y el empoderamiento de estos contextos.

La cosmovisión del adicto varía, en relación si está en adicción o en recuperación, e incluso cuando se encuentra en adicción en las primeras etapas, en las que no se evidencian problemas mayores, se contraponen a etapas previas a su internamiento. En internamiento varía también con referencia al tiempo; los recién llegados tienen un discurso diferente a los adictos que están por reincorporarse a la sociedad. Sería conveniente realizar mayores investigaciones tomando en cuenta a los adictos que están dentro de un programa de recuperación.

La adicción es aceptada como una enfermedad mental en los adictos en recuperación, en la que el deterioro cognitivo está presente como consecuencia de su consumo, se comprueba una relación directa entre los factores culturales de la drogodependencia y su impacto sobre el deterioro cognitivo. Estos factores pueden ser considerados como preventivos o de riesgo dependiendo de su contexto. En este sentido, el factor familiar se presenta como el más relevante, por lo que, se debe considerar a la familia en los procesos terapéuticos, tanto como objeto de intervención, como agente terapéutico.

La alta sensibilidad de varias pruebas psicológicas permite concluir estos hallazgos, sin embargo, es importante profundizar más en varios componentes desagregados de los grandes dominios cognitivos, y confirmar los predictores propuestos en este estudio en otras investigaciones a través de estudios longitudinales y con aplicación de técnicas de imaginación, puesto que esta investigación evidencia varios aspectos que necesitan ser explorados y que no han sido considerados.

VI. Referencias Bibliográficas

Ashton, H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British Journal of Psychiatry*, 101-106. DOI: 10.1192/bjp.178.2.101

Antonio, V. G. (2006). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. Granada: Universidad de Granada.

Arbaiza del Río, M. I. (2014). *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el. Madrid*.

Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. México: El Manual Moderno.

Bausela Herreras, E. (2008). Neuropsicología y adicciones. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1-3.

Capella, M., Benaiges, I., & Adan, A. (09 de July de 2015). Neuropsychological Performance in Polyconsumer Men Under Treatment. Influence of Age of Onset of Substance Use. *Scientific Reports*, 1-10. doi:10.1038/srep12038

CEDD, C., & DP, D. (2013). El Equilibrio Perdido: drogas y proporcionalidad en las justicias de América. Quito: Defensoría Publica del Ecuador & CEDD.

Cunningham, D., & Ramer, A. (2010). Las Dimensiones Espirituales de sanación de Adicciones. Barcelona: Obelisco ediciones.

Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (January de 2016). Drug Addiction: Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On. *Psychology*, 67, 23-50. doi: 10.1146/annurev-psych-122414-033457

Flandrin , J. L. (1979). Orígenes de la familia moderna. Barcelona: Grijalvo.

Flores Lázaro, J. C., Ostrosky Shejet, F., & Lozano Gutiérrez, A. (2012). BANFE Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales. México D.F.: Manual Moderno.

Font-Mayolas, S., Gras, M. E., & Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 337-344.

Foucault, M. (1983). El orden del discurso. México: Representaciones Editoriales S.A. (Cuadernos marginales 36).

Giddens, A. (2000). Sociología. Madrid: Alianza.

Haidar, J. (2000). El poder y la magia de la palabra. El campo del análisis del discurso. La producción textual del discurso científico, 33-66.

González Garrido, A. A., & Matute, E. (2013). Cerebro y drogas. México: El Manual Moderno.

Halley , T. J., Forster, M., Wood, D., Baezconde-Garbanati, L., & Beth, J. (2014). Problematic substance use among hispanic adolescents and young adults: implications for prevention efforts. *Substance Use and Misuse*, 1025-1038. doi:10.3109/10826084.2013.852585.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance-abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 64-105. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.64

Herrera, A., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N., & Khenti, A. (2012). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud en una universidad, León-Nicaragua. *Texto y Contexto Enfermagem*, 79-86. doi: 10.1590/S010407072012000500011.

Kübler, A., Murphy, K., & Garavan, H. (April de 2005). Cocaine dependence and attention switching within and between verbal and visuospatial working memory. *European Journal of Neuroscience*, 21, 1984-1992. doi: 10.1111/j.1460-9568.2005.04027.x

Larrinaga Enbeita, G., & Vergel Méndez, S. (2001). Neurobiología de la adicción: Cannabis. *Osasunaz*, (4): 177-196.

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lechner, W. V., Day, A. M., Metrik, J., Leventhal, A. M., & Kahler, C. W. (January de 2016). Effects of alcohol-induced working memory decline on alcohol consumption and adverse consequences of use. *Psychopharmacology*, 233, 83-88. doi: 10.1007/s00213-015-4090-z

Narcóticos Anónimos. (2005). *Libro Blanco*. Canada: World Service Office.

Madoz Gúpide, A., Ochoa Mangado, E., & Martínez Pelegrín, B. (2009). Consumo de cocaína y daño neuropsicológico. Implicaciones clínicas . *ELSEVIER*, 555-559. doi: 10.1016/j.medcli.2008.07.019

Moffatt, A. (2006). *Terapia de crisis*. Buenos Aires: Puntosur.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, U. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena: UNODC Research.

ONU, O. (2003). *Porque intervenir en el abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas*. Nueva York: ONU - Oficina contra la Droga y el Delito.

Ostrosky, F., Gómez, M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2012). *Neuropsi Atención y Memoria (Segunda ed.)*. México D.F., México: Manual Moderno.

Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.

Ranganathan, M., & D'Souza, D. C. (2006). The acute effects of cannabinoids on. *Psychopharmacology*, 425-437.

Reguillo Cruz, R. (2000). *Emergencia de culturas juveniles*. Bogotá: Norma.

Ruiz Sánchez de León, J. M., & Pedrero Pérez, E. J. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid: Medica panamericana .

Ruiz Sanchez De León, J. M., Pedrero Pérez, E., Llanero Luque, M., Rojo Mota, G., Olivar Arroyo, Á., & Bouso, J. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor

predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 119-132. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.239>

Segalen , M. (1992). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus.

Smith, A., Longo, C., Fried , P., Hogan, M., & Cameron, I. (June de 2010). Effects of marijuana on visuospatial working memory: an fMRI study in young adults. *Psychopharmacology*, 429-438. doi: 10.1007/s00213-010-1841-8

Steinglass, P., & Bennett, L. (1989). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.

Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 747-775. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.02.014

Tenorio Ambrossi, R. (2003). *DROGAS; usos, lenguajes y metáforas*. Quito: Editorial Conejo.

Ustariz, R. (2005). *El alcoholismo, visión comunitaria*. Tesis de Máster en desarrollo social. Cuba: FLACSO.

Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D., & Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 31-37.