

versión AQ-R. Ve posee condiciones psicométricas lo suficientemente comparables con la versión AQ-R y que su empleo entre sujetos de ambos sexos y edades comprendidas entre 15 y 57 años revela la agresividad, entendida ésta como una variable continua latente.

REFERENCIAS.

Anderson CA, Bushman BJ. 2002. Human aggression. *Annu Rev Psychol* 53: 27-51.

Buss A, Perry M. 1992. The aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 63: 452-459.

Castellano Durán R, Castellano González R. 2013. Agresión y violencia en América Latina. Perspectiva para su estudio: Los otros son la amenaza. *Espacio Abierto*. 21: 677-700.

Gallardo-Pujol D, Kramp U, García-Forero C et al. 2006. Assessing aggressiveness quickly and efficiently the Spanish adaptation of Aggression Questionnaire-Refined version. *European Psychiatry* 21:487-494.

Gross R.D. 1994. Psicología. La ciencia de la mente y la conducta. El Manual Moderno. México.

Inderbitzen HM, Foster SL. 1992. The Teenage Inventory of Social Skills: Development, reliability, and validity. *Psychological Assessment* 4: 451-459.

Inglés C, Hidalgo M, Méndez F et al. 2003. The Teenage Inventory of Social Skills: Reliability and Validity of the Spanish Translation. *Journal of Adolescence* 26: 505-510.

Machado J, Guerra J. 2009. Investigación sobre violencia en las escuelas. Informe Final. Centro Gumilla. Caracas. 1-111. Bajado de internet el 15 de mayo de 2009, hora 03:54.

https://www.google.co.ve/?gws_rd=cr&ei=99Y4V7z5Non7e4KfqvgH#q=centro+gumilla+informe+final+sobre+violencia+en+las+escuelas+machado+y+guerra+2009

Pérez Matías O, Ortega Andrade N, Rincón Arenas A et al. 2013. Propiedades psicométricas del cuestionario de agresión en dos muestras diferentes de Hidalgo, México. *European Scientific Journal*. 9: 107-120.

Redondo J, Luzardo M, Larrota R et al. 2015. Diferencias en comportamientos agresivos en adolescentes colombianos. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 44: 6-14. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194238608002>> ISSN 0124-5821

Rodriguez A, Delgado G. 2010. Estudio de expresiones de violencia escolar entre estudiantes de escuelas básicas venezolanas. *Revista de Investigación* [online]. 2010, vol.34: 71-84.

Zumbo BD. 1999. A Handbook on the Theory and Methods of Differential Item Functioning (DIF): Logistic Regression Modeling as a Unitary Framework for Binary and Likert-Type (Ordinal) Item Scores. Ottawa, ON: Directorate of Human Resources Research and Evaluation, Department of National Defense.

Zumbo BD, Thomas DR. 1997. A measure of effect size for a model-based approach for studying DIF. Working Paper of the Edgeworth Laboratory for Quantitative Behavioral Science. University North British Columbia: Prince Gorge, B.C.

Recibido: 27 mayo 2016

Aceptado: 27 julio 2016

FUNCIONES EJECUTIVAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN DROGODEPENDIENTES

Sara María Moncada Pérez¹, Luisana Dos Ramos¹, Alejandra Echenique¹, Carlos Elí Moncada Rodríguez²

¹Escuela de Psicología Universidad Central de Venezuela, Caracas. ²Departamento de Ciencias Morfológicas,

Unidad de Embriología, Universidad de Los Andes, Mérida. E-mail:

moncadasaram@gmail.com, carlos_moncadaro@hotmail.com

Resumen

Se evaluó la relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida, en treinta y cuatro pacientes masculinos con dependencia de drogas, comprendidos entre 19 y 72 años de edad y tratados ambulatoriamente en la "Fundación José Félix Ribas". La investigación se realizó en dos etapas: 1. Preparatoria: Revisión documental, juicio de expertos sobre la justificación para investigar la existencia de relaciones entre las variables, selección de los instrumentos de medición y entrenamiento en su administración. 2. Administración de las pruebas: Cribado de deterioro cognitivo del Instituto de Neurología Cognitiva "INECO" y el "Test de Habilidades para la Vida". Los resultados se presentan mediante estadísticos descriptivos, categorización y análisis de correlación de Spearman. El rendimiento fue de moderado a alto en la ejecución de las pruebas con relación directamente proporcional entre: a) control inhibitorio y asertividad; b) memoria de trabajo y solución problemas, c) conceptualización y solución de problemas, d) conceptualización y pensamiento creativo, e) funciones ejecutivas y asertividad, f) funciones ejecutivas y solución de problemas y (g) funciones ejecutivas y habilidades para la vida de manera global, siendo la de mayor valor control inhibitorio y asertividad: $Rho = 0.463$, $p < 0.05$

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

Abstract

Relationship between executive functions and life skills in a sample of patients with drug dependence.

The relationship between executive functions and life skills, in thirty-four male drug dependent patients, ranging between 19 and 72 years old treated as outpatients at the "Jose Felix Ribas Foundation", was evaluated. The research was conducted in two stages: 1. Preparatory: Document Review, expert opinion was consulted to research the existence of relationships between variables, selection of measuring instruments and training in administration. 2. Administration of tests: "INECO Frontal Screening" and "Test Skills for Life". The results are presented using descriptive statistics, categorization and Spearman correlation analysis. The yield was from moderate to high in the execution of tests and directly proportional relationship between: a) inhibitory control and assertiveness; b) working memory and solving problems, c) conceptualization and problem solving, d) conceptualization and creative thinking, e) executive and assertiveness functions, f) executive functions and troubleshooting and, (g) executive functions and life skills globally, significant variable greater value was inhibitory control and assertiveness: $Rho = 0.463$, $p < 0.05$

Key words: Drug addiction, life skills, rehabilitation, executive functions, neuropsychological assessment.

INTRODUCCIÓN.

Aspectos generales.

Diversas disciplinas básicas y aplicadas han contribuido a la formación de la neurociencia, la cual ha logrado grandes avances en el estudio de la estructura y las funciones del sistema nervioso. Dos de estas ciencias son la neurología y la psicología cognoscitiva, que mediante sus respectivos avances en el campo diagnóstico y terapéutico y en las técnicas de exploración clínica y psicométrica han permitido establecer correlaciones entre la naturaleza de las estructuras nerviosas y sus procesos funcionales tanto en estado normal como en sus alteraciones y los procesos cognitivos y sus manifestaciones en la sutileza de sus conductas. La neuropsicología ha impulsado el desarrollo de instrumentos sensibles a las diferencias entre noxas, facilitando el diagnóstico precoz y la evaluación de distintos factores del individuo y su capacidad funcional, incluyendo las funciones cognoscitivas y las características que estas asumen cuando se transita el camino hacia lo patológico, consecuencia de daños en la estructura o la función nerviosa (García *et al.* 2007)

La dependencia de las drogas y los efectos deletéreos que estas causan en el organismo, así como los desenlaces sociales y económicos nefastos que acarrear, ha sido vicisitud de la humanidad de muy larga data. En este sentido, se ha dicho que en la población de drogodependientes existe daño neurológico importante, ya que el abuso de sustancias induce a procesos fisiopatológicos con cambios estructurales y funcionales subyacentes en distintas áreas del cerebro, mismos que se verían reflejados en dinámicas alteradas y menoscabo en el ejercicio de las funciones cognoscitivas. Se han descrito deterioros globales y clínicamente significativos en estructuras, en casos de consumo de una variedad de sustancias diferentes y especialmente casos de policonsumo (Verdejo 2006). Estas funciones, sensibles al daño orgánico y/o funcional sufrido por el abuso de

sustancias y la drogodependencia, sirven a la capacidad adaptativa del individuo. Para el tratamiento de las noxas que las afectan se apela a la rehabilitación y la inserción del individuo en la sociedad, siendo fundamental en este sentido aumentar su grado de autonomía personal, entendida como una función del desarrollo de las competencias básicas para enfrentar los desafíos de la vida diaria (García *et al.* 2007). Además de lo descrito, se ha venido aplicando un programa de tratamiento basado en el modelo "habilidades para la vida" (HV), propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para entrenar pacientes en distintos componentes personales y sociales (OMS 2003)

Aunque en el arqueo bibliográfico hecho para soportar este trabajo no se hallaron investigaciones que evaluaran las HV en personas con un consumo ya establecido, es importante considerar que una buena relación emocional, un clima educativo abierto, la existencia de redes sociales de apoyo, la formación en destrezas de comunicación, empatía, control de impulsos, pensamiento crítico, autoeficacia, autoestima y autoconcepto positivo y proactividad ante situaciones estresantes, previenen el inicio en el consumo.

Droga.

El término droga suele ser vago e impreciso, genera una variedad de ideas numerosas y heterogéneas, que dependen del contexto y cuyo significado ha evolucionado a lo largo de la historia (Richard 2003). El origen del vocablo se ha situado a partir del año 1100 en el francés antiguo con el término *droug*, aunque también pudo haberse originado en el holandés medio o en el bajo alemán medio con un significado de "barriles o mercaderías secas", refiriéndose a las hierbas utilizadas para la época como medicinas. Los términos "droga" en español, italiano y portugués; *drogue*, en francés; *drug*, en inglés; y *droge* en alemán han sido utilizados en

Europa desde el siglo XIV. En el siglo XVI se asoció con “veneno” y a partir de 1883, el conocimiento popular lo asoció a sustancias narcóticas u opiáceas (Castaño y Bernal 2006)

En farmacología, una droga es cualquier producto capaz de desempeñar una actividad farmacológica, cualquiera que sea su posible toxicidad; la OMS, en 1969, desde la perspectiva fisiológica, definió la droga como “*toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones*”, posteriormente en 1982, presentó una definición de droga, en términos de sustancias que producen dependencia psicológica y/o física en función de la frecuencia del consumo y su permanencia en el tiempo; esta mirada introduce el aspecto psicológico de la dependencia. (Richard 2003).

Según Castaño y Bernal. (2006), para que una sustancia sea definida como droga debe ser percibida culturalmente de esa manera. Actualmente, se incluyen en la conceptualización de droga variables fisiológicas, psicológicas y sociales como elementos estrechamente interrelacionados. Una definición de droga apropiada debe incluir varias características, a saber: Carácter psicotrópico o psicoactivo, acción reforzadora positiva, dependencia física y/o psicológica, finalidad distinta a la terapéutica y nocividad social (Del Moral y Fernández 2009)

Términos utilizados.

Con frecuencia en la investigación y práctica clínica hay variedad de términos alrededor de la temática del consumo de sustancias, pero la delimitación de conceptos presenta controversia. Algunos de estos vocablos son: uso, abuso, hábito, toxicomanía, adicción, dependencia, tolerancia y abstinencia (Del Moral y Fernández 2009).

Uso de drogas, tiene una significación limitada a utilización o consumo, sin connotaciones clínicas o sociales y suele indicar un consumo aislado u ocasional que no implica dependencia. Hábito, implica consumo de sustancias por adaptación o costumbre a los efectos, existe el deseo del producto sin la presencia de compulsión, tendencia a aumentar la dosis, ni síndrome de abstinencia (Del Moral y Fernández 2009). Abuso, sería “*cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general*” (Del Moral y Fernández 2009) o la utilización excesiva, persistente o esporádica de un fármaco, incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible (OMS 2003). El abuso incluye uso intencional de dosis excesivas de medicamentos o uso de éstos con fines no terapéuticos. Si una sustancia es utilizada con fines terapéuticos, aun cuando cause farmacodependencia, no se considera abuso. Para

definirse como tal, debe cumplir los criterios de nocividad social, a que se refiere el Real Colegio de Psiquiatras Británico (Del Moral y Fernández 2009, OMS 2003). Definir el consumo de una sustancia como abuso implica criterios cuantitativos de frecuencia o cantidad y criterios cualitativos (Del Moral y Fernández 2009).

Drogadicción se usa en contextos clínicos, generalmente denota casos graves de dependencia (OMS 2003).

Problema social de las drogas.

Durante 2012, de 3.5% a 7% de la población (entre 162324 millones de personas) comprendida entre 15 y 65 años, había consumido al menos una vez alguna droga ilícita principalmente cannabis, opioides, cocaína o estimulantes anfetamínicos. Entre 16 a 39 millones de personas consumen de manera regular o tienen trastornos de consumo o de dependencia; sin embargo, sólo una de cada seis ha tenido asistencia para el tratamiento de la drogodependencia. La droga ilícita, más consumida fue la marihuana, estimándose que 229336 personas de entre 12 y 65 años mantuvieron patrones de consumo, de las cuales 136045 muestran dependencia a la droga. Se calcula que unas 12.7 millones de personas son consumidoras de drogas por inyección, de las cuales un 13.1% están infectados con VIH y más del 50% con hepatitis C. Además, el consumo de drogas se asoció con alrededor de 183 mil muertes en el mundo sólo en el 2012. De las drogas, los opiáceos y opioides son los más relacionados con la transmisión de enfermedades y muerte, mientras que el cannabis es el más relacionado con los delitos vinculados al uso de drogas (UNODC 2014).

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

Efecto de las drogas en la salud.

La tabla 1 muestra algunas consecuencias del consumo de drogas en la salud.

Funciones ejecutivas (FE).

Las FE tienen principalmente su soporte anatomofuncional en las estructuras de los lóbulos frontales (córtex prefrontal, córtex orbitofrontal, las cortezas, motora y premotora y el área de Broca) y sus conexiones. Este sistema ejecutivo se encarga de regular los procesos necesarios para iniciar y detener operaciones mentales tales como la capacidad de planificar y monitorear la conducta dirigida a una

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

Actualmente existe acuerdo en torno a que la adicción está asociada al deterioro de las capacidades para planificar, abstraer, inhibir respuestas, mostrar flexibilidad mental, realizar ensayos mentales, generar conceptos y reconocer el logro. Deterioros importantes en inhibición motora, atencional y en cambio o alternancia y memoria de trabajo, reportó Verdejo en 2006 y Rogers y Robins en 2001, en consumidores de sustancias con distintos efectos sobre el SNC. Otros autores han hallado efectos deletéreos en el SNC en consumidores de: alcohol (Bjork et al. 2004), estimulantes (Monterosso et al. 2005), cannabis (Bolla et al. 2002), éxtasis (Verdejo. 2006), opiáceos (Verdejo y Pérez. 2005) y con especial afectación la cocaína (Jovanovsky et al. 2005).

Con respecto a la dimensión abstracción y conceptualización, se encontraron, en cocainómanos y policonsumidores en abstinencia, deterioros muy significativos en abstracción y atención los cuales adquirieron mayor gravedad luego de daños en memoria de trabajo (Verdejo et al. 2004).

Habilidades para la vida (HV).

El concepto HV fue propuesto por la División de Salud Mental de la OMS en 1993 a la comunidad internacional con el ánimo de fomentar una educación integral en los niños, consonante con las exigencias de la sociedad actual. Las HV se conforman con destrezas que orientan y dirigen la conducta, basada en los motivos y el ambiente donde actúa la persona, creando consistencia entre tales motivos, las actitudes y los valores para facilitar el aprendizaje y la práctica de un estilo de vida saludable. La pedagogía relacionada con las HV es de carácter eminentemente activo porque involucra estrategias de enseñanza participativas como la actuación, debates, análisis de situaciones y solución de problemas de forma individual. Con esto se pretende que los programas de HV comprometan en forma activa a los jóvenes en su proceso de desarrollo y sean, a su vez, estrategia de empoderamiento (Mantilla 2001).

Las diez habilidades para la vida.

Las diez HV que componen el modelo son: conocimiento de sí mismo, toma de decisiones, solución de problemas, empatía, comunicación efectiva o asertiva, relaciones interpersonales y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de sentimientos y emociones, manejo de las tensiones y estrés.

En cuanto a la evidencia empírica, y en relación con la resistencia a la presión de pares, adolescentes no consumidores han obtenido mayores puntajes en esta

variable que los consumidores (Andrade et al. 2009). Las habilidades emocionales también se han explorado en relación con el consumo de drogas. Los hallazgos indican que a quienes les resultaba más difícil expresar sus emociones, fumaban más que las personas que no presentaban la dificultad y que se consigue mayor frecuencia en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes con niveles altos de inestabilidad emocional y quienes son incapaces de expresar la ira (Llorens et al. 2004)

Objetivos: Evaluar la relación entre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes de sexo masculino en tratamiento ambulatorio en la Fundación José Félix Ribas. Coadyuvar en la satisfacción de las necesidades de la investigación en instrumentos de medición referidos al área de las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos. Describir el desempeño de las funciones ejecutivas de un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas. Identificar el nivel de habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas. Determinar la relación entre el desempeño de las funciones ejecutivas y el nivel de habilidades para la vida en un grupo de drogodependientes en tratamiento ambulatorio en centros de atención de la Fundación José Félix Ribas.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio de campo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. Se trabajó en dos etapas. La primera dividida en dos fases: 1. Preparatoria, que consistió en especificar las FE y las variables fundamentales en la población de drogodependientes venezolanos, así como los instrumentos más pertinentes para la medición de estas variables, con base en la consulta de expertos en el área. 2. Validación del instrumento "Habilidades para la Vida" en la muestra objeto de estudio. En la Segunda etapa, se propuso determinar el rendimiento en FE, las competencias en HV y la relación existe entre FE y HV. La muestra, de tipo intencional, se conformó con 34 drogodependientes del sexo masculino con edades comprendidas entre 19 y 72 años, que recibían tratamiento ambulatorio en los centros de la Fundación José Félix Ribas, ente dedicado en nuestro país al abordaje de la población drogodependiente. La muestra de expertos consistió en un grupo de 10 profesionales, de los cuales ocho son psicólogos y uno es psiquiatra, con un promedio de 13 años de experiencia en instituciones dedicadas al estudio y/o rehabilitación y prevención de drogodependencia en Venezuela, y un neuropsicólogo

con experiencia en el campo de evaluación, investigación, docencia y tratamiento psiconeurológico de distintos cuadros clínicos. Este grupo fue seleccionado mediante un muestreo de tipo no probabilístico-discrecional basado en la toma de decisiones prácticas.

Materiales: Lápices, Borradores, Sacapuntas, 10 Protocolos del instrumento: “Cuestionario para recabar información de expertos sobre las funciones ejecutivas y las habilidades para la vida deterioradas en drogodependientes venezolanos”. Este instrumento tuvo como objetivo conocer el estado actual de la investigación relacionada a las FE y HV en la drogodependencia, éstos fueron redactados de forma abierta de manera que los expertos pudieran dar tantas respuestas como consideraran sobre FE, manejo del experto en el área de FE, investigaciones actuales nacionales e internacionales, instrumentos de medición utilizados y funciones más afectadas por el consumo de drogas. Se solicitó información sobre su estatus nacional en términos de investigación asistencia, evaluación y docencia. Los ítems correspondientes a HV cumplen los mismos objetivos.

Instrumentos. *IFS. INECO Frontal Screening:* prueba diseñada originalmente en el Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) de Buenos Aires, Argentina, por Torralva *et al.* (2009) y usada para discriminar deterioros de FE en pacientes con demencia. Este instrumento mide tres categorías de FE: inhibición y alternancia, abstracción, y memoria de trabajo, con indicadores y subindicadores, sumando 8 subtests o ítems, con un intervalo en las puntuaciones comprendido entre 0 a 30 puntos. En la publicación original, la prueba mostró considerable consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.80, robusta validez convergente y correlación significativa con fluencia verbal fonológica, WSCT y TrailMaking Test B, así como sensibilidad en el diagnóstico clínico.

Test de habilidades para la vida: Instrumento creado por Díaz *et al.* (2013), para la medición del nivel de desarrollo de las diez HV propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), validado originalmente con 100 jóvenes entre varones y hembras, de 15 a 25 años, en la comunidad de Chía, Colombia y validado posteriormente con expertos en la presente investigación. El test evalúa 10 dimensiones, con cuatro indicadores por dimensión y dos ítems por indicador, lo que corresponde a ocho ítems por dimensión para un total de 80 ítems unos con direccionalidad positiva y otros negativa, todos ellos en formato tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca). La prueba cuenta con evidencias de validez

sustentadas en la revisión de contenido, validación por expertos y análisis estadísticos a través de correlaciones bivariadas. En el análisis de confiabilidad se encontró una de las dimensiones por encima del 80%, una en 79%, una en 75%, cinco entre el 61 y el 68% y dos entre 49 y 58% (Díaz *et al.* 2013). Esta prueba tiene utilidad diagnóstica y cumple con criterios teóricos como la inclusión de las funciones básicas descritas, con un alto nivel de coincidencia en la literatura especializada y dimensiones que se comportan como entes con independencia parcial entre sí. El instrumento cumple además con criterios prácticos como sensibilidad y especificidad adecuadas, además de ser una prueba breve y económica).

Cuestionario de entrevista Clínica: instrumento diseñado para su uso en la presente investigación por sus autores. Está estructurado en áreas: datos básicos, área de consumo, área social/familiar/laboral y área de salud y tiene como finalidad recabar información

Tabla 1. Consecuencias del consumo de drogas en la salud.

Droga	Efecto en la salud
Marihuana	Riesgo de padecer trastornos psicóticos, depresivos y conducta suicida (Moore <i>et al.</i> 2013). Deterioro de la: coordinación viso-motora, toma de decisiones, atención y memoria trabajo, (Brofman y Delgado 2011). Dificultades en la selección eficiente de información de estímulos relevantes y la filtración aquellos irrelevantes, alteración en el procesamiento de la información y problemas en la conciencia de errores en su ejecución (Brofman y Delgado 2011)
Cocaína	Corto plazo: Se altera la transmisión de impulsos nerviosos, se facilita la formación de coágulos internos en los vasos sanguíneos, trastornos cardíacos e infartos de corazón y cerebro. Largo plazo: Atrofia cerebral, alteraciones de la memoria, el sueño y el ánimo (Casete y Climent 2007). “Retardo en el crecimiento intrauterino (CIR), prematuridad, microcefalia, infarto cerebral, defectos urogenitales, alteraciones del comportamiento, aborto espontáneo, problemas neurológicos” (Moore <i>et al.</i> 2013).
Heroína	Muertes por sobredosis y transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH o hepatitis C.
Alcohol	Enfermedades y lesiones de distinta índole. Deficiencias en coordinación visomotora, flexibilidad cognitiva, inteligencia, memoria, aprendizaje, razonamiento verbal y no verbal, resolución de problemas, percepción, habilidades visoperceptivas y velocidad de procesamiento de información (Bausela y Martínez 2008). “Síndrome alcohólico fetal, CIR, deficiencia mental, microcefalia, anomalías oculares, alteraciones articulares, fisuras palpebrales cortas” (Moore <i>et al.</i> 2013).
Consumo de cigarrillo	“CIR, bajo peso al nacer, malformaciones cardíacas conotruncuales, hipoxia fetal crónica” (Moore <i>et al.</i> 2013).

concerniente a las particularidades de los integrantes de la muestra, tales como: edad actual y edad de inicio de consumo, tiempo de consumo, drogas consumidas y preferidas, tipo de consumo (mono o policonsumo), fase de tratamiento, cantidad de tratamientos anteriores y tiempo en la institución entre otras.

Criterios de inclusión: Haber culminado el período de desintoxicación, encontrarse en fase ambulatoria, estar bajo control médico, edad comprendida entre 19 y 72 años, manifestación voluntaria de participar en el estudio, sexo masculino, presentar conductas asertivas (no agresivas) hacia los investigadores y pertenecer a la comunidad de tratamiento de la Fundación José Félix Ribas.

Procedimiento. Ya elaborado el instrumento, se recabó una lista de las instituciones encargadas del estudio y/o tratamiento de la drogodependencia en Venezuela para contactar los expertos en el área, que estuviesen dispuestos a responderlo. Posteriormente, se concretó una cita con cada uno de ellos para explicarles los objetivos de la investigación y de la entrevista. Aceptada la colaboración se fijó la fecha de reunión y obtenida la información se procesaron los datos y se estableció, a partir de la factibilidad para el estudio, cuales FE y HV se relacionarían y con qué instrumentos se evaluarían. Por último, se hizo el entrenamiento en la administración de los

instrumentos seleccionados para la medición de las variables a relacionar.

RESULTADOS.

Fase 1. Respuestas a las preguntas. En relación con las siguientes preguntas, los resultados fueron como se anota a continuación:

¿Hacia qué líneas de trabajo se dirige la investigación actual en población adicta? 44% de las repuestas de los expertos indicaron que a la investigación epidemiológica y de patología dual; 33% señalaron que a estudios de evaluación y creación de programas de intervención, investigación neuropsicológica y de “nuevas” drogas; y 24% a estudios de adicciones comportamentales, cesación tabáquica, conducta auto-lesiva y trastornos de adicción en personas con consumo de sustancias.

¿En qué temas o líneas de investigación ha trabajado para esta población? 90% de los expertos afirmó tener líneas de investigación para población de personas con adicciones. En este sentido, 26.32% se ubicó en estudios acerca de la personalidad y su relación con los trastornos de dependencia, 15.79% en investigación en conducta de adicción y 10.53% en estudios psiconeurológicos; 47.34% se agruparon en categorías no comunes en investigaciones de: a) adicciones comportamentales; b) cesación tabáquica; c) entrenamiento a personal; d) epidemiología de consumo; e) estilos de crianza y adicción; f) estudio de recaídas; g) habilidades sociales; h) prevención de trastornos adictivos; i) relación entre sexualidad y dependencia.

¿Conoce usted estudios anteriores llevados en Venezuela o en el extranjero, que hayan relacionado

FE y HV? La totalidad de los expertos respondieron de manera negativa al ítem.

Tabla 2. Evaluación del Cuestionario de HV

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

secuenciación y sensibilidad a la interferencia, coordinación visomotora y regulación emocional.

¿Cómo pueden medirse estas FE y qué instrumentos de medición conoce? La respuesta más frecuente fue test de palabras y colores Stroop, mencionaron también los test de clasificación de tarjetas Wisconsin, la Torre de Hanoi, la escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-III, la evaluación cognitiva Cognistat, la Figura Compleja de Rey y el test de recorrido/Trail Making Test.

¿Cuáles HV considera fundamentales para el estudio y tratamiento de la adicción y en cuáles se suelen encontrar déficits? La respuesta de mayor frecuencia fue comunicación asertiva seguida por las habilidades sociales, proyecto de vida, autoconocimiento, autoestima, manejo de emociones y toma de decisiones. Las respuestas con menor frecuencia fueron: Cuidado personal, empatía, manejo de conflictos, pensamiento crítico, relaciones interpersonales y tolerancia.

Fase 2. Validación de los instrumentos.

Mediante el “Cuestionario de validación por expertos del instrumento de HV” se evaluaron las instrucciones, los ítems y el test global de HV.

Los ítems del instrumento HV fueron valorados en términos de redacción, pertinencia, objetividad, adecuación e inteligibilidad, resultando que cada ítem cumplió con estos criterios, con una coincidencia del 100% entre expertos, por lo cual fueron seleccionados sin cambios. Las instrucciones fueron evaluadas en términos de adecuación e inteligibilidad y valoradas positivamente en un 100% de los casos. Finalmente, la prueba fue valorada en términos de validez y adecuación a la población y obtuvo 100% de valoraciones positivas para estos criterios. Los datos se muestran en la tabla 2.

Los ítems del instrumento HV fueron valorados en términos de redacción, pertinencia, objetividad, adecuación e inteligibilidad, resultando que cada ítem cumplió con estos criterios, con una coincidencia del 100% entre expertos, por lo cual fueron seleccionados sin cambios. Las instrucciones fueron evaluadas en términos de adecuación e inteligibilidad y valoradas positivamente en un 100% de los casos. Finalmente, la prueba fue valorada en términos de validez y adecuación a la población y obtuvo 100% de valoraciones positivas para estos criterios. Los datos se muestran en la tabla 2.

Funciones ejecutivas. Los resultados correspondientes a las FE en el grupo de estudio se exhiben en la tabla 3. Los valores alcanzados por el intervalo, las medidas de tendencia central, de dispersión y la curtosis, indican que esta medida no fue sesgada por valores extremos y la existencia de concentración en las puntuaciones individuales de los participantes.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para FE.

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	D.T.	Asimetría	Curto sis
Inhibición y alternancia	3	14	10.88	12	2.69	-1.16	1.23
Memoria de trabajo	1	10	5.18	4	2.60	0.31	-1.30
Conceptualización y abstracción	0	5	2.08	1.50	1.36	0.47	0.13
FE	6	27	17.74	18.50	5.59	-0.49	-0.65

n = 3.

¿Qué FE y HV relacionaría en población drogodependiente? 40% respondieron al reactivo, el resto no contestaron y expusieron su desconocimiento acerca de posibles relaciones entre ambas construcciones lógicas. Las FE mencionadas fueron: planificación y secuenciación, atención, categorización, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y razonamiento lógico y abstracto, coordinación visomotora, relaciones espaciales y seriación. Entre las HV mencionaron las habilidades sociales seguidas de cuidado personal, autoestima, toma de decisiones, tolerancia y habilidades para la vida diaria.

¿Cuáles FE considera fundamentales para el estudio de la adicción y cuáles se ven más afectadas en población adicta? Las repuestas más frecuentes a este ítem fueron control de impulsos/inhibición de respuestas y memoria de trabajo, seguidas de atención, planificación, normas sociales,

Tabla 4. Categorías en términos de desempeño bajo, medio y alto en FE.

Variables	Categorías y frecuencias relativas, expresadas en porcentaje (%)		
	Bajo	Medio	Alto
Conocimiento de sí mismo	0.00	35.29	64.70
Empatía	2.94	58.82	38.23
Asertividad	5.88	58.82	35.29
Relaciones Interpersonales	0.00	61.76	38.23
Toma de decisiones	5.88	38.23	55.88
Solución de problemas	2.94	64.70	32.35
Pensamiento creativo	0.00	58.82	41.17
Pensamiento crítico	2.94	44.11	52.94
Manejo emocional	0.00	64.70	35.29
Manejo tensiones	0.00	38.23	61.76
Habilidades para la vida	0.00	58.82	41.17

Tabla 5. Estadísticos descriptivos para las variables de HV.

Variable	Mín.	Max.	Media	D.T.	Media na	Asimetría	Curtosis
Conocimiento de sí mismo	22	37	30.94	3.76	14.12	-0.59	-0.04
Empatía	18	39	27.68	4.46	19.86	0.12	0.29
Asertividad	20	35	28.82	3.97	15.73	-0.31	-0.27
Relaciones interpersonales	17	35	28,35	4.21	17.75	-0.94	0.50
Toma de decisiones	15	38	28.06	4.24	17.94	-0.46	2,13
Solución de problemas	21	39	29.24	4.79	22.91	0,36	-0,82
Pensamiento creativo	16	39	29.65	6.05	36.54	-0.31	-0.75
Pensamiento crítico	20	38	28.00	4.53	20.55	0,31	-0.58
Manejo de sentimientos	24	37	30.50	3.05	9.29	0.29	-0.12
Manejo de tensiones y estrés	24	37	30.50	3.05	9.29	0.29	-0.12
HV	218	347	288.59	28.98	839.95	-0.273	0.13

n = 34.

La dimensión inhibición y alternancia, resultó sesgada por valores extremos, ofreciendo la mediana una mejor interpretación para las puntuaciones, concentradas en valores bajos de manera homogénea. La variable memoria de trabajo, no se vio afectada por valores extremos y las puntuaciones se concentraron en valores por debajo de la media. Por último, la dimensión conceptualización y abstracción mostró ausencia de puntajes extremos y

los participantes tuvieron un comportamiento ajustado a la normal.

Estos resultados revelan que el grupo se comportó de manera variada con respecto a las distintas dimensiones, con diferencias importantes entre el rendimiento por función y por sujeto. Las cifras pueden verse en la tabla 3, cuyos datos están en escalas que varían por dimensión. Por ello, la comparación entre dimensiones se hace siguiendo una categorización con base en un criterio en el que los puntajes absolutos se dividen en tres partes iguales, definiendo las categorías en términos de desempeño bajo, medio y alto, como se muestra en la tabla 4. Puede advertirse en la tabla 4 que el grupo tuvo un rendimiento variado en las dimensiones de las FE.

Habilidades para la vida.

La inspección de los valores alcanzados por la variable en el intervalo, en las medidas de tendencia central, de dispersión y curtosis, ilustradas en la tabla 5, indican la ausencia de puntuaciones extremas y su ajuste a la media.

La consideración particular de cada habilidad mostró que: Conocimiento de sí mismo, se encuentra sesgada por puntuaciones extremas y poca dispersión con respecto a la media. Asertividad, resultó sesgada por valores extremos y puntuaciones dispersas con respecto a la media. Tanto Empatía como Relaciones interpersonales, mostraron ausencia de sesgo por valores extremos y comportamiento ajustado a la normal. Toma de decisiones, se encuentra sesgada por puntuaciones extremas y presenta dispersión de los valores con relación a la media. Solución de problemas, no apareció influenciada por valores extremos, los

cuales se encuentran altamente concentrados alrededor de la media. Pensamiento creativo, exhibió ausencia de sesgos por valores extremos y puntuaciones concentradas en valores menores con respecto a la media. participantes presentan bajas concentraciones entre ellas. Manejo de sentimientos y manejo de tensiones y estrés, presentaron ausencia de valores extremos y comportamiento ajustado a la normal. La tabla 5 muestra los datos.

Tabla 7. Correlación de Spearman entre las variables, en valores de Rho.

	Control inhibitorio	Memoria de trabajo	Conceptualización y abstracción	FE
Conocimiento de sí mismo	0.302	0.172	0.242	-0.038
Empatía	0.187	0.241	0.071	-0.044
Asertividad	0.463**	0.294	0.318	0.372*
Relaciones interpersonales	0.197	0.114	0.193	0.205
Toma de decisiones	0.259	0.329	0.282	0.059
Solución de problemas	0.281	0.375*	0.366*	0.387*
Pensamiento creativo	0.139	0.234	0.346*	0.175
Pensamiento crítico	0.230	0.282	0.209	0.285
Manejo emocional	0.197	0.213	0.214	0.086
Manejo tensiones	0.185	0.058	0.280	0.097
Habilidades para la vida	0.107	0.097	0.251	0.364*

*p < 0.05 (Bilateral). ** p < 0.01 (Bilateral).

Tabla 6. Categorías en términos de desempeño bajo, medio y alto en HV.

Desempeño	Frecuencias relativas del grupo en las variables, expresadas en porcentaje (%)		
	Bajo	Medio	Alto
Inhibición y alternancia	5.80	32.35	61.76
Memoria de trabajo	52.94	35.29	11.76
Conceptualización y abstracción	35.29	26.47	38.23
FE	14.70	44.11	41.17

** p < 0.01 (Bilateral). *p < 0.05 (Bilateral).

Para facilitar el análisis comparativo entre las variables HV y FE se realizó una categorización. Los resultados ofrecidos en la tabla 6 muestran que para todas las dimensiones de las habilidades para la vida el grupo mantuvo un rendimiento de medio a alto, siendo las habilidades de mejor desempeño: a) Conocimiento de sí mismo, b) toma de decisiones, c) pensamiento crítico y manejo de tensiones. De acuerdo con estos resultados, el nivel de HV en el grupo no presenta deterioros significativos. Más aún,

tomando en cuenta esta categorización, sus niveles son óptimos.

Las Correlaciones de Spearman entre las variables integrantes de las construcciones lógicas FE y HV se muestran en la tabla 7.

Otras relaciones. Las correlaciones de Spearman entre FE y HV con las siguientes variables: edad de inicio de consumo, edad actual, tiempo de consumo, y meses en la institución se muestran en la tabla 8

Puede apreciarse correlación alta y significativa, entre la edad de inicio de consumo y el pensamiento creativo, con un valor de Rho = 0.454. p < 0.05; igualmente entre edad de inicio de consumo y el manejo de sentimientos, la correlación fue significativa (Rho = 0.389 p < 0.05. Por tanto, se espera que a menor edad de comienzo del consumo mayor sea el deterioro, explicándose así la peor ejecución en pensamiento creativo y en el manejo emocional.

DISCUSIÓN.

Las respuestas a la pregunta 1, indicaron que la investigación psicológica en drogodependencias en Venezuela es reducida y enfocada en temas específicos, lo cual es consistente con la información presentada en la sesión introductoria, donde la mayoría de los autores citados son extranjeros.

De las respuestas de los expertos a las preguntas formuladas se puede colegir que: La proporción de investigaciones de los expertos no corresponde con la de estudios que se llevan a cabo en Venezuela; sin embargo, algunos de los ámbitos de investigación citados más comúnmente en el país tales como investigaciones epidemiológicas, neuropsicológicas y programas de intervención tienen al menos un representante en la muestra de expertos. Estos

mostraron desconocimiento técnico de investigaciones que relacionen de forma directa estas variables, tanto en el ámbito nacional como internacional; los expertos enumeraron funciones ejecutivas y habilidades para la vida de forma independiente, sin sugerir relaciones entre éstas. La investigación en Venezuela está enfocada a unos pocos temas, a saber: epidemiología, patología dual y evaluación psiconeurológica, siendo las áreas más trabajadas en la actualidad los estudios de la personalidad o de la conducta de adicción.

Los resultados obtenidos a partir de las pruebas que evaluaron las FE de manera global, presentados en la tabla 4, indican un nivel de deterioro bajo en el grupo estudiado. La dimensión con el rendimiento más bajo fue memoria de trabajo, observándose un deterioro importante en esta función. La dimensión Conceptualización y abstracción, presentó un rendimiento ajustado a la normal con 35.29% de los participante en puntuaciones por debajo de la media, 26.47% con puntuaciones iguales a ésta y 38.23% con puntuaciones por encima de la misma. Este rendimiento global medio en las FE implica grado de

Tabla 8. Correlaciones de Spearman entre HV y FE, edad actual, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo, centros anteriores y meses en la institución.

	Edad	Edad de inicio	Tiempo de consumo	Centros anteriores	Meses en institución
Conocimiento de sí mismo	-0.189	-0.013	-0.125	0.188	-0.044
Empatía	0.264	0.252	0.182	-0.002	-0.034
Comunicación asertiva	0.134	0.282	0.111	-0.059	-0.236
Relaciones interpersonales	0.087	0.344	0.041	0.200	-0.080
Toma de decisiones	-0.034	0.094	0.036	0.056	-0.072
Solución de problemas	0.130	0.214	0.256	-0.043	-0.166
Pensamiento creativo	-0.211	0.454*	0.009	-0.091	-0.167
Pensamiento crítico	-0.133	0.137	-0.180	-0.099	-0.075
Manejo de sentimientos	0.228	0.389*	0.249	-0.130	0.186
Manejo de tensiones y estrés	0.226	0.311	0.076	0.327	0.335
Habilidades para la vida	0.007	0.324	0.078	-0.047	-0.052
Inhibición y alternancia	-0.223	-0.226	-0.200	-0.051	-0.154
Memoria de trabajo	-0.150	-0.271	0.018	-0.125	-0.072
Conceptualización y abstracción	0.021	0.156	0.101	-0.096	-0.154
Funciones ejecutivas	-0.242	-0.286	-0.102	-0.152	-0.117

n=34. *p < 0.05 Bilateral.

deterioro como medida global, con diferencias entre las dimensiones. A continuación se especifican estos diferenciales: inhibición y alternancia: tendencia a calificar alto; indicando los valores altos capacidad adecuada para inhibir deliberadamente respuestas automáticas y cambiar de manera flexible entre operaciones, tal como ha sido comunicado por Miyake *et al.* (2000); memoria de trabajo: tendencia a puntuaciones bajas, lo que implica cierto compromiso para manipular y actualizar la información en la memoria operativa, (Miyake *et al.* 2000); conceptualización y abstracción: tendencia hacia los extremos con subgrupos casi iguales en desempeño alto, bajo y medio, sugiriendo la existencia de distintos niveles de deterioro en el grupo en cuanto a la capacidad de clasificar elementos en categorías abstractas (Alegría 2005)¹. Estos

resultados no serían contestes con hallazgos que describen deterioros globales y clínicamente significativos de estas funciones en caso de consumo de una variedad de sustancias diferentes y especialmente en casos de policonsumo, incluso luego de seis meses de abstinencia, características compartidas por la mayoría de los participantes del estudio (Verdejo 2006). Estos desacuerdos resultan especialmente notables en el caso de la dimensión inhibición y alternancia, en la que los participantes tuvieron una tendencia a calificar alto sin reportar deterioros significativos.

En relación con la memoria de trabajo, los resultados fueron los más bajos de todas las FE y esto concuerda con estudios previos que han observado deterioro significativo de esta componente en consumidores de sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos y éxtasis (Verdejo 2006). Con respecto a la dimensión de abstracción y conceptualización, se halló una dispersión amplia en el grupo, de lo cual se infiere la existencia de diferentes niveles de deterioro.

En cuanto a las HV, se evidenció, en general, niveles altos de estas destrezas en todas las dimensiones: conocimiento de sí mismo, empatía, comunicación efectiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de sentimientos,

y manejo de tensiones y estrés. La exégesis de esta realidad es la existencia desarrollo adecuado de las

habilidades citadas. Aquí pareciera presentarse maleabilidad con la teorización referente a estas destrezas, la explicación

podría apuntar a la presencia de características particulares de la intervención de la que forman parte los sujetos, la cual al ser de tipo ambulatorio brinda la posibilidad de trabajo, la realización de actividades fuera del ámbito terapéutico y la participación en actividades, en mayor medida, con familiares.

La relación entre FE y las HV, inferida de los resultados de la prueba de correlación de Spearman para muestras no paramétricas, indica la existencia de una relación moderada entre distintas dimensiones y la calificación global de las FE y HV.

Con respecto a la relación entre el control inhibitorio y asertividad, los resultados son consistentes con un estudio de que señala la existencia de una relación proporcional entre un bajo control inhibitorio atencional y el comportamiento agresivo como forma de conducta no asertiva, dándose relación directa entre puntuaciones de inhibición/impulsividad con autoevaluaciones de asertividad (Trianes *et al.* (2002)

La asociación entre memoria de trabajo y solución de problemas es concordante con lo presentado por Etchepareborda y Abad (2005), quienes exponen la importancia de la memoria de trabajo para el mantenimiento de distintos niveles de objetivos en la solución de problemas y la existencia de asociación entre las capacidades de memoria de trabajo y variaciones en la solución de problemas. Así mismo ocurre en cuanto a la asociación entre conceptualización con pensamiento creativo y con solución de problemas como proceso metacognitivo básico para la resolución de situaciones novedosas, aun cuando requiera también de componentes como la autorregulación emocional y la motivación.

La correlación entre las FE y la asertividad, hallada de este estudio, resulta similar a la propuesta de Urrego (2009), quien afirma que la cognición social que engloba características de asertividad se relaciona con las FE en tanto forman parte de una amplia gama de conductas que dependen de la corteza prefrontal. La relación entre FE y solución de problemas reportada coincide con la investigación de Verdejo (2006) quien admite una relación entre estas variables, además de la existencia de alteraciones consistentes en individuos drogodependientes.

Las asociaciones entre variables recogidas en el cuestionario clínico y las componentes de las construcciones lógicas FE y HV arrojaron valores significativos para edad de inicio y pensamiento creativo, y para edad de inicio y manejo de sentimientos, indicando la presencia de menor rendimiento en la medida en que el consumo de inicia más temprano, lo cual era esperable en armonía con los procesos evolutivos que rigen el desarrollo nervioso y con los reportes en la conducta de consumidores publicados por Verdejo (2005), Andrade et al. (2009) y Llorens et al. (2004) comentados en la sección introductoria.

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

Las FE no son el único elemento a tomar en cuenta en la rehabilitación del paciente en condición de drogodependencia, ya que la vida social depende de múltiples y complejas interacciones entre el organismo y su entorno, siendo necesario un abordaje que considere las habilidades cognitivas y sociales,

así como el control emocional del paciente, entidades agrupadas por algunos autores en la construcción HV (Mangrulkar et al. 2001, Mantilla 2001).

Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron existencia de relación entre las FE y HV, esto debe seguirse investigando y se propone que para trabajos futuros se implementen programas sistematizados para la rehabilitación de las mismas, toda vez que hay razones para pensar que el incremento en estas habilidades son la base para el desarrollo de la vida en sociedad. La importancia de las FE en la formación de mecanismos de control de impulsos y los procesos de toma de decisiones puede condicionar el funcionamiento diario del sujeto y aumentar su capacidad de autocontrol y resistencia a posibles estresores, relacionados o no con el consumo, evitando el riesgo de recaídas y creando defensas en la población susceptible.

CONCLUSIONES.

La investigación psicológica en drogodependencias en Venezuela es reducida y enfocada en temas específicos. En consecuencia, es deseable que se abran líneas de trabajo en esta área que permitan generar conocimientos generales de la realidad nacional.

Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron existencia de una relación entre las FE y HV ya mencionada, es importante crear programas sistematizados para la rehabilitación de los pacientes que consumen sustancias, que fortalezcan el entrenamiento en FC y HV lo cual puede llevar a una integración social sana, al brindar las posibilidades de desarrollar mecanismos de control de impulsos y procesos de toma de decisiones que formen en el individuo defensas y resistencias ante estresores y presiones de pares o grupos incitadores al consumo que quiebran las resistencias y llevan a los pacientes rehabilitados a presentar recaídas.

La educación y el entrenamiento en el desarrollo de FE y HV deben extenderse a la fase preventiva en poblaciones susceptibles y edades tempranas, involucrando a los padres, comunidades educativas y redes sociales.

REFERENCIAS.

- Andrade P, Pérez C, Alfaro M et al. 2009. Resistencia a la presión de pares y pareja, y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21: 243-250.
- Bausela E, Martínez G. 2008. Adicciones y funcionamiento ejecutivo. *Publicación virtual Psicología y Pedagogía*. 7: 1-6.
- Bjork J, Homer D, Grant S, Danube C. 2004. Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type1/type 2 like traits. *Alcohol*, 34: 133-150.
- Bolla BK, Brown K, Eldreth D, Tate K, Cadet J. 2002. Dose related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*. 59: 1337-1343.

- Brofman. J, Delgado E. 2011. Evaluación neuropsicológica en un caso de consumo de Cannabis. *Revista Ayayu*. 10: 53-83.
- Casete y Climent. 2007. Cocaína: Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia. España.
- Castaño E, Bernal M. 2006. Droga Drogue Narcótico. *Cultura y Drogas*. 13: 325-337.
- Del Moral M, Fernández L. 2009. Conceptos fundamentales en drogodependencia. En: Lorenzo P,
- Díaz L, Rosero R, Melo M *et al*. 2013. Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 4: 175-194.
- García A, Enseñat A, Tirapu J *et al*. 2009. Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Rev Neurol*. 48: 435-440.
- García V, García M, Sánchez M *et al*. 2007. Neuroimagen y drogodependencias: correlatos neuroanatómicos del consumo de cocaína, opiáceos, cannabis y éxtasis. *Revista de neurología*. 44: 432-439.
- Jovanovski D, Erb S, Zakzanis K. 2005. Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 27: 189-204
- Ladero J, Leza J, Lizasoain I. (Ed.) Drogodependencias: Editorial medica panamericana: 1-25. Madrid. España.
- Llorens N, Perelló M, Palmer A. 2004. Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*. 16: 1-6.
- Mangrulkar L, Whitman Ch, Posner M. 2001, Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud División de Promoción y Protección de la Salud.
- Mantilla. L. 2001. Habilidades para la vida: una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Ministerio de Salud y Fe y Alegría. Bogotá. Colombia.
- Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ *et al*. 2000. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*. 41: 49-100.
- Monterosso J, Aron A, Cordova X *et al*. 2005. Deficits in response inhibition associated with chronic methamphetamine abuse. *Drug and Alcohol Dependence*. 79: 273-277.
- Moore K, Persaud T, Torchia M. 2013. Embriología clínica. Barcelona. ELSEVIER, 9ª ed. 539 pp.
- OMS (2003). *Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia N° 33*. (Serie de informes técnicos N° 915). OMS. Ginebra.
- Richard D. 2003. Las Drogas. Siglo XXI editores, 3ª ed. México. DF.
- Salazar T. 2006. Aproximación histórica sobre el consumo de drogas en Venezuela. *Dikaiosyne: Revista de filosofía práctica Universidad de los Andes*. 16: 173-197.
- Sánchez R, Narbona J. 2001. Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Neurología*. 33: 47-53.
- Torrvalva T, Roca M, Gleichgerrcht E *et al*. 2009. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 1-10. [J Int Neuropsychol Soc](http://www.intneuropsychol.com). 15:777-86.
- Trianes PB, Blanca M, Muñoz A *et al*. 2002. Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*. 18: 197-214.
- UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2014. Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr/2014/V1403603_spanish.pdf.
- Urrego Y. 2009. El impacto de las experiencias tempranas en la cognición social. *Psychologia: avances de la disciplina*. 3: 61-80
- Verdejo A. 2006. Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral. Tesis inédita de doctorado. Universidad de Granada, España.
- Verdejo A, Aguilar F, Pérez M. 2004. Alteraciones de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Rev. Neurol*. 38: 601-606.
- Verdejo A, Pérez M. (2005). Neuropsicología en el ámbito de las drogodependencias: Evaluación de las funciones ejecutivas. Recuperado de <http://www.proyectoohombre.es/archivos/9.pdf>.
- Alegría P. 2005. Validación de pruebas neuropsicológicas de funciones ejecutivas (tesis inédita de grado). Universidad de Chile. Santiago.

Recibido: 28 mar 2016 Aceptado: 24 oct 2016

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

Apartado 870. Mérida. Venezuela.