

**EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN SUJETOS
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN REHABILITACIÓN.**

Dustin Ezequiel Amador Jiménez*

*Master en Psicología Clínica y de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua).

RESUMEN

Propósito: El estudio tiene como objetivo valorar las Funciones Ejecutivas de Memoria de trabajo, Flexibilidad cognitiva y Control inhibitorio en un grupo de consumidores de Sustancias Psicoactivas en rehabilitación y otro grupo de no consumidores, tomando en cuenta variables del consumo durante el segundo semestre del año 2014. **Método:** La muestra está compuesta por 40 sujetos entre 18 y 60 años, consumidores de Sustancias Psicoactivas en rehabilitación dentro del programa de Comunidad terapéutica para adultos del Centro Nicaragüense de Solidaridad (Cenicsol) y el Centro de Ayuda y Rehabilitación del Alcohólico (CARA), y 35 estudiantes entre 18 y 60 años de bachillerato del Instituto Nacional de Masatepe (INAM). Se aplicó el Test de Evaluación para el consumo de Drogas (DAST-20; Test Stroop; Wisconsin Card Sorting Test (WCST); sub-test de Retención de dígitos (WAIS-III); y el Cuestionario Disejecutivo (DEX). **Resultados:** Los resultados indican que en sujetos consumidores existe un déficit en las Funciones Ejecutivas asociado al consumo de drogas, lo que implica la posible presencia del síndrome disejecutivo y deterioro del córtex prefrontal. Las variables que tienen mayor correlación con dificultades en las Funciones Ejecutivas son el tipo de droga (crack), inicio de consumo en edades tempranas, así como llevar más de 5 años en contacto con la sustancia.

Palabras Clave: Funciones Ejecutivas. Control Inhibitorio. Memoria de Trabajo. Flexibilidad Cognitiva. Consumo de Sustancias Psicoactivas. Síntomas Disejecutivos.

Introducción

La OMS (2008) define las drogas como sustancias naturales o químicas, que introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central y producir un cambio en la conducta de las personas, modificando el estado psíquico, a su vez que en su mayoría crean dependencia, ya sea física o psíquica. El consumo prolongado y la adicción a diversas drogas se ha asociado consistentemente al deterioro de distintas funciones neuropsicológicas, entre las que destacan las Funciones Ejecutivas (Aguilar, 2012, pp. 119).

Las Funciones Ejecutivas constituyen un conjunto de habilidades superiores de organización e integración que se han asociado a diferentes circuitos neurales que convergen en los lóbulos prefrontales del córtex cerebral. Están interrelacionadas y actúan en conjunto como un sistema integrado de supervisión y control, participan en la formulación de metas y estrategias, preparación y verificación de planes y acciones, dichos procesos dan como resultado una conducta propositiva y dirigida a metas (Herrera E. , 2005, pp. 87). El estudio sobre déficit neuropsicológicos relacionado a las adicciones es de importancia debido a sus implicaciones en el pronóstico terapéutico y el diseño de estrategias adecuadas de intervención y rehabilitación.

El presente estudio tiene como objetivo valorar el funcionamiento ejecutivo de la Memoria de trabajo, la Flexibilidad cognitiva y el Control inhibitorio en dos grupos de adultos consumidores y no consumidores de Sustancias Psicoactivas, tomando en cuenta algunas variables descriptivas del consumo, durante el segundo semestre del año 2014. El estudio se realizó en el Centro Nicaragüense de Solidaridad (Cenicsol) y en el Centro de Ayuda y Rehabilitación del Alcohólico (CARA) de la ciudad de Managua. El Centro Nicaragüense de Solidaridad (Cenicsol), es una Comunidad Terapéutica para la rehabilitación y reinserción de personas que manifiesten problemas de adicción a cualquier tipo de droga. El Centro de Ayuda y Rehabilitación del Alcohólico (CARA) atiende a personas durante tres meses, y se les brinda terapia individual, grupal y familiar. Para realizar la comparación de los resultados con sujetos no consumidores, se obtuvo una muestra de estudiantes adultos del turno nocturno del Instituto Nacional de Masatepe (INAM), el cual es una institución pública de educación media con modalidad regular.

Desarrollo

Método

Participantes: La población está compuesta por 51 sujetos adultos de ambos sexos consumidores de Sustancias Psicoactivas en rehabilitación en los centros Cenicsol y CARA. En el caso de los sujetos no consumidores, la población está compuesta por 63 estudiantes adultos de ambos sexos, de bachillerato nocturno del INAM, por ser sujetos con características sociodemográficas similares a los sujetos consumidores. La Muestra está compuesta por 40 sujetos entre 18 y 60 años, consumidores de Sustancias Psicoactivas en rehabilitación dentro del programa de Comunidad terapéutica para adultos de los centros Cenicsol y CARA. En el caso de los sujetos no consumidores, la muestra está compuesta por 35 estudiantes entre 18 y 60 años, de bachillerato nocturno del INAM. El muestreo es de tipo no probabilístico o dirigido, ya que la elección de los participantes no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

Instrumentos: Se aplicó el Test de Evaluación para el consumo de Drogas (DAST-20), el cual evalúa el nivel de abuso de sustancias; en cuanto a las Funciones Ejecutivas, estas se evaluaron mediante la aplicación del Test Stroop para medir el Control inhibitorio; el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) para valorar la Flexibilidad cognoscitiva; el sub-test de Retención de dígitos (WAIS-III), para evaluar el funcionamiento de la Memoria de trabajo; se complementa con el Cuestionario Disejecutivo (DEX), una escala de valoración de sintomatología disejecutiva en situaciones cotidianas.

Procedimiento: La investigación tiene un Diseño no experimental, es de Corte Transversal y se utilizó el Enfoque Cuantitativo. El estudio tiene un alcance Descriptivo y Correlacional. Para el análisis de los datos obtenidos se empleó procedimientos estadísticos descriptivos, como Distribución de frecuencia, Medidas de tendencia central y Tablas de contingencia. Para establecer el nivel de relación estadística entre las variables de estudio, se empleó el Análisis de Varianza de un factor (ANOVA). Además se realizó una comparación entre los resultados en el funcionamiento ejecutivo obtenidos por el grupo de consumidores y los no consumidores, mediante la Prueba *t* de Student. En todos los casos de prueba de hipótesis, el porcentaje de Error (P) asumido es del 5%, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Control inhibitorio: El control inhibitorio es una función cognitiva de regulación que implica la inhibición intencionada de una respuesta motora principal conforme a señales contextuales cambiantes, se refiere a la capacidad de interrupción de una determinada respuesta que generalmente ha sido automatizada, posibilita retrasar las tendencias a generar respuestas impulsivas, lo que permite regular la conducta y la atención (Ostrosky & Flores, 2008, pp. 52).

Al aplicar el Test Stroop, los sujetos consumidores obtuvieron en la Lámina Palabra/Color (PC) una puntuación media de 41.35 unidades en la escala T. Las puntuaciones entre 35 y 44 unidades son inferiores a la media poblacional (50) y corresponden a un nivel de deterioro leve de la capacidad de control inhibitorio. El grupo tiene una Desviación típica de 10.1 puntos, por lo que la mayoría de los sujetos obtuvieron puntuaciones que se distribuyen entre 31 y 51 unidades, presentan niveles de deterioro leve a moderado en la capacidad de control inhibitorio. Mientras que los sujetos pertenecientes al grupo control obtuvieron una media de 46.49 unidades en la escala de Puntuación T. El resumen descriptivo de los resultados obtenido por los sujetos se presenta en la Tabla 1.

Ver Tabla 1 en Anexos

Para establecer el nivel de relación entre las puntuaciones obtenidas en el Test Stroop y el grupo de pertenencia se aplicó la prueba t de Student para dos muestras independientes, los resultados se presentan en la Tabla 2, se observa que $t = -2.495$, $gl = 73$, $P < 0.05$, lo cual indica que si existe relación significativa entre el consumo de sustancias y los resultados en la Lámina PC que evalúa el Control inhibitorio.

Ver Tabla 2 en Anexos

Memoria de Trabajo: La Memoria de trabajo es el sistema cognitivo encargado de manipular y almacenar temporalmente la información necesaria para realizar tareas complejas. La Memoria de trabajo (Herrera E. , 2007, pp. 295) se define como la capacidad para mantener información de forma activa, por un breve periodo de tiempo, sin que el

estímulo esté presente, para realizar una acción o resolver problemas utilizando información activamente.

Los resultados de los participantes en rehabilitación en la prueba de Retención de dígitos se presentan en la Tabla 3. Los sujetos consumidores obtuvieron una media de 8.03 en la escala de puntuación escalar, la cual tiene una media de 10 y una desviación típica de 2.3 unidades. Los resultados indican que los participantes que se encuentran en rehabilitación obtuvieron puntuaciones por debajo de la media poblacional, pero se encuentran en un rango promedio, sin embargo, las puntuaciones de la mayoría de los sujetos se distribuyen entre los 6 y 10 unidades de la puntuación Escalar, una unidad por debajo del rango promedio, lo que significa que existe déficit leve en el funcionamiento adecuado de esta capacidad. El grupo control tiene una media de 9.14 puntos, con una desviación estándar de 2.1 unidades, las puntuaciones se dispersan entre 7 y 11 unidades. Ambos grupos se encuentran en un rango promedio, sin embargo, el grupo de consumidores baja hacia niveles de deterioro leve según la dispersión de las puntuaciones en una desviación típica.

Ver Tabla 3 en Anexos

En la tabla 4 se presentan los resultados de la prueba t de Student, donde $t=-2.177$, $gl=73$ y $P < 0.05$, lo que indica que existe relación significativa entre el consumo de sustancias y los puntajes obtenidos en el sub-test de Memoria de trabajo.

Ver Tabla 4 en Anexos

Flexibilidad cognitiva: Esta función consiste en la capacidad de alternar distintos criterios de respuesta o actuación que pueden ser necesarios para responder a las demandas cambiantes de una tarea o situación, y cambiar un esquema de acción o pensamiento en relación a que la evaluación de los resultados de una tarea específica indica que no es eficiente o en función de los cambios que ocurren en las situaciones (Herrera E. , 2007, p. 296).

En la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de los sujetos en el WCST. En el índice de Respuestas Perseverativas, que permite evaluar la capacidad de Flexibilidad cognitiva, los sujetos consumidores obtuvieron una puntuación T de 32.48 como promedio,

muy por debajo de la media poblacional (50), con una desviación típica de 9.4 puntos, lo que indica que la mayoría de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en rehabilitación se dispersan entre los 23 y 41 puntos. Los sujetos pertenecientes al grupo control obtuvieron una media de 44.34 unidades en la escala de Puntuación T.

Ver Tabla 5 en Anexos

En la Tabla 6 se presentan los resultados de la Prueba t de Student en relación a las puntuaciones obtenidas en el WCST y el consumo de sustancias, en el índice Respuestas Perseverativas $t = -6.164$, $gl = 73$, $P < 0.05$, por lo que existe relación significativa entre el consumo y el funcionamiento deficiente de la Flexibilidad cognitiva.

Ver Tabla 6 en Anexos

Síndrome Disejecutivo: El Síndrome Disejecutivo se define como alteraciones cognitivo conductuales relacionadas neuroanatómicamente con la afectación de los lóbulos prefrontales (Herrera & Santos 2006, p. 6). En la Figura 1 se observa que la sintomatología disejecutiva está presente en la muestra de sujetos. El 47.5% presenta síntomas disejecutivos leves, un 27.5% de la muestra manifiesta sintomatología disejecutiva moderada y el 25% presenta niveles graves de este tipo de alteraciones disejecutivas. Resulta significativo que en conjunto, el 100% de los sujetos en rehabilitación manifiestan síntomas de una alteración disejecutiva, donde el 52.5% la muestra presenta alteraciones clínicamente significativas (niveles moderado y grave) en el funcionamiento ejecutivo. La mayoría de los sujetos en el grupo control se encuentran en un nivel Normal, no presentan sintomatología disejecutiva clínicamente significativa.

Ver Figura 1 en Anexos

Flexibilidad cognitiva y Droga de impacto: En la Tabla 7 se presentan las medidas de tendencia central que obtuvieron los sujetos en rehabilitación en el WCST en función de la sustancia de mayor consumo, de la cual se ha abusado y ha provocado un deterioro clínicamente significativo. Los resultados en Respuestas Perseverativas, indican que los sujetos que tienen problemas con el consumo de Crack tienen una puntuación promedio de

29.5, los participantes que consumen alcohol, alcanzan una puntuación media de 31.05 y los sujetos que consumen marihuana obtuvieron un promedio de 39.44 puntos.

Ver Tabla 7 en Anexos

En relación a las Respuestas Perseverativas y el tipo de sustancia, el ANOVA indica que $F=3.676$, $gl=2$ y $P < 0.05$, por lo tanto, si existe relación significativa en los puntajes del índice de Respuestas Perseverativas en función de la droga de impacto. La droga que se relaciona con un mayor deterioro de la Flexibilidad cognitiva es el Crack. Los resultados del ANOVA se presentan en la Tabla 8.

Ver Tabla 8 en Anexos

Control inhibitorio y Tiempo en rehabilitación: En la Tabla 9 se presentan las medidas de tendencia central que obtuvieron los sujetos en consumidores en el Test Stroop, en función del tiempo que tienen en tratamiento de rehabilitación. En la Lámina PC, los sujetos que tienen entre 0 y 4 semanas de rehabilitación, tienen una media de 38.08 puntos, los participantes que llevan entre 1 y 5 meses de tratamiento tienen una media de 45.60, mientras que la media de los sujetos que llevan entre 6 y 12 meses en rehabilitación es de 56 puntos en la prueba.

Ver Tabla 9 en Anexos

En cuanto a la relación entre los puntajes obtenidos en la lámina PC y el tiempo en rehabilitación, el ANOVA indica que $F=4.207$, $gl=2$ y $P < 0.05$, si existe relación entre el funcionamiento del Control Inhibitorio y el tiempo de tratamiento, mientras sea mayor tiempo en rehabilitación, son mejores los resultados obtenidos en la resolución de la prueba. El resumen de los resultados del ANOVA se presenta en la Tabla 10.

Ver Tabla 10 en Anexos

Discusión

Se realizó un estudio neuropsicológico de las Funciones Ejecutivas de los sujetos consumidores de sustancias en rehabilitación, entre los resultados más significativos se encuentran que los sujetos consumidores en rehabilitación presentan un déficit en las diferentes Funciones Ejecutivas evaluadas, en comparación con los sujetos no consumidores.

El déficit de Control inhibitorio es una manifestación del deterioro de las regiones prefrontales de la corteza cerebral (Ostrosky & Lozano, 2011, pp. 167), contribuye a que el sujeto continúe la búsqueda de la droga, la desinhibición y la pérdida de control sobre la propia conducta en función de la búsqueda compulsiva de la sustancia. En general, se ven afectadas las estrategias de auto-regulación lo que lleva a un funcionamiento cognitivo, emocional y conductual inadecuado.

La relación entre la dependencia de sustancias y el Control inhibitorio se puede explicar mediante el Modelo del Daño en la Atribución de Relevancia y la Inhibición de Respuesta de Goldstein y Volkow (2002, pp. 1646), el cual plantea que la adicción es resultado de la alteración del sistema de inhibición encargado de detener conductas que son inapropiadas para las demandas del organismo y el contexto, por lo que existen dificultades para inhibir conductas motivacionalmente relevantes; en este caso, el consumo de drogas, repercute transversalmente en varias fases de la adicción, incluyendo el consumo inicial, la intoxicación y el consumo en forma de atracones, el *craving*, o la recaída incluso después de periodos prolongados de abstinencia.

En cuanto a la Memoria de trabajo, los resultados indican que los participantes que se encuentran en rehabilitación por consumo de sustancias presentan déficit leve en el funcionamiento adecuado de esta capacidad, lo cual se expresa en dificultades para mantener y procesar información por un corto tiempo, y para realizar una acción o resolver problemas, así como también para el curso de los procesos de pensamiento y diversos procesos cognitivos como la planificación y la categorización.

El consumo de sustancias puede afectar la corteza prefrontal dorsolateral, la región cerebral más involucrada en la memoria de trabajo. Las lesiones prefrontales, especialmente las de

la región dorsolateral afectan el funcionamiento normal de la Memoria de trabajo lo que compromete la integridad de los procesos cognitivos (Verdejo, 2002, pp. 1109).

En la Flexibilidad cognitiva, el deterioro moderado y grave de esta función (que en conjunto corresponden a un 60% de la muestra de sujetos en rehabilitación) se puede expresar como conductas de perseveración patológica, que es una de las principales manifestaciones del síndrome disejecutivo, y consiste en la repetición anormal de un comportamiento específico, debido a rigidez y falta de flexibilidad en los programas de acción debido a dificultades de perseveración, el paso de una tarea a otra es muy difícil y fragmentos de la tarea previa se unen a la nueva.

Los sujetos tienen dificultad para la autorregulación del comportamiento y alternar distintos criterios de respuesta o actuación que pueden ser necesarios para responder a las demandas cambiantes de una tarea o situación, y rigidez para cambiar un esquema de acción o pensamiento en relación a que la evaluación de los resultados indica que estos no son eficientes.

Se puede presentar inercia comportamental, en la que los sujetos son incapaces de detener una acción una vez que esta se ha iniciado. Aun cuando reciban la orden explícita de parar, las personas actúan como si no tuviesen freno conductual, el cual es regulado en el sujeto normal por el lenguaje y el contexto social.

En la adicción, los resultados del consumo son negativos y se sufre consecuencias perjudiciales en diferentes áreas de la vida de la persona, sin embargo, la conducta de consumo continúa manifestándose sin importar la retroalimentación que el sujeto recibe del medio social, según los resultados obtenidos, el individuo que tiene problemas de abuso y dependencia de sustancias, tiene mayores dificultades para modificar una conducta de perseveración patológica (el consumo de drogas) sin importar los resultados negativos que esta tiene como consecuencia.

El sujeto dependiente de sustancias muchas veces es incapaz de detener el comportamiento de consumo sin importar el propio deseo o voluntad y las indicaciones explícitas de familiares, amigos o autoridades, la pérdida de control conductual es evidente y solo

responde ante aquellos estímulos relacionados con la sustancia y la gratificación que esta representa.

El Modelo de la transición impulsividad-hábitos compulsivos de Everitt y Robbins, (2008, pp. 3127) puede ser útil para comprender la relación entre el consumo de sustancias y el funcionamiento de la Flexibilidad cognitiva. El modelo plantea que la adicción representa una transición desde una fase inicial en la que las drogas se consumen por sus efectos reforzantes hacia una fase de dependencia en la que las conductas de consumo se transforman en rituales compulsivos y rígidos que se mantienen a pesar de sus consecuencias negativas (Respuestas y Errores Perseverativos). Esta transición se produce como consecuencia de los efectos de las drogas sobre los sistemas dopaminérgicos implicados en el aprendizaje motivado y la programación de conductas motoras.

La sobre estimulación de estos sistemas produce una progresiva automatización de las secuencias motoras asociadas al consumo y una reducción del umbral de activación necesario para disparar estas secuencias. Como resultado se reemplaza la conducta flexible dirigida a objetivos, en la que el individuo persigue las drogas por el reforzamiento que obtiene, por una conducta automática, inflexible y perseverativa en la que el control motivado del consumo desaparece.

A nivel anatómico, esta transición se plasmaría en el desplazamiento del control de la conducta desde la corteza prefrontal (responsable de la Flexibilidad cognitiva) hacia los ganglios basales y dentro de estos desde regiones anteriores (núcleo accumbens y circuito de recompensa) a regiones posteriores especializadas en la programación y el mantenimiento de secuencias motoras (núcleo estriado dorsal), generando respuestas automáticas y rígidas ante la estimulación del medio que dispare el deseo de consumo, sin pasar por procesos de evaluación, planificación y toma de decisiones basada en valoración de estrategias (Everitt & Robbins, 2008, pp. 3130).

En relación a las variables de consumo, se encontró que todas las sustancias estudiadas se relacionan con un pobre desempeño en la prueba administrada, sin embargo, la droga que se relaciona con un mayor deterioro de la Flexibilidad cognitiva y con tendencias a la

perseveración patológica es el Crack, un estimulante del sistema nervioso que se obtiene de los desechos del procesamiento de la cocaína, por lo que es más tóxico y adictivo que ésta.

En relación al tiempo en rehabilitación, se observa que mientras sea mayor tiempo en rehabilitación, se presentan un mejor funcionamiento del Control inhibitorio. Estos resultados pueden explicarse debido a que las Comunidades Terapéuticas son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de autocontrol cognitivo, afectivo y conductual, responsabilidad personal y social, este sistema de control externo se interioriza a medida que el sujeto se adapta y vive en la comunidad. Estos resultados confirman la posibilidad de recuperación del déficit en los componentes de las Funciones Ejecutivas, por lo que resulta conveniente la aplicación de estrategias de rehabilitación neuropsicológica de las funciones deterioradas, lo que podría contribuir con el éxito en los programas terapéuticos de adicciones.

Conclusiones

Los sujetos consumidores en rehabilitación obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores a las obtenidas por los sujetos del grupo de no consumidores en todas las pruebas neuropsicológicas aplicadas, los resultados indican que existe un déficit en el funcionamiento ejecutivo del Control inhibitorio, Memoria de trabajo y Flexibilidad cognitiva, asociado al consumo de drogas, por tanto, es posible inferir la presencia de deterioro de la estructura y funcionamiento del córtex prefrontal en sujetos consumidores de sustancias que se encuentran en rehabilitación.

Las variables que tienen mayor correlación con dificultades en las Funciones Ejecutivas son el tipo de droga (crack), inicio de consumo en edades tempranas, así como llevar más de 5 años en contacto con la sustancia.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aguilar, E. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médicas*, 119-124.
- Everitt, B. R. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug seeking habits and addiction. *Biological Sciences*, 3125-3135.
- Goldstein, R. V. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 1642-1652.
- Herrera, E. (2007). Función ejecutiva: evaluación y rehabilitación nerológica. *Revista de Educación*, 291-300.
- Herrera, E. (2005). Desarrollo evolutivo de la funcion ejecutiva. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoxia e Educacion*, 85-93.
- Herrera, E., & Santos, J. (2006). Disfunción ejecutiva: sintomatología que acompaña a la lesión del lóbulo frontal. *Revista Internacional On-line*, 1-15.
- Ostrosky, F., & Flores, J. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 47-58.
- Ostrosky, F., & Lozano, A. (2011). Desarrollo de las funciones ejecutivas y la corteza prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 159-172.
- Verdejo, A. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias en la práctica clínica. *Adicciones*, 1-26.

Tablas y Figuras

Tabla 1. Control inhibitorio - Grupo

Estadísticos de grupo				
	Grupo	N	Media	Desviación típ.
Stroop Palabra	Rehabilitación	40	44.45	7.168
	Control	35	46.91	6.161
Stroop Color	Rehabilitación	40	42.20	6.591
	Control	35	43.31	5.656
Stroop PC	Rehabilitación	40	41.35	10.131
	Control	35	46,49	7,217

Tabla 2. Relación entre Control inhibitorio - Grupo

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Inferior	Superior
Stroop Palabra	-1.585	73	.117	-2.464	-5.563	.635
Stroop Color	-.780	73	.438	-1.114	-3.962	1.733
Stroop PC	-2,495	73	,015	-5,136	-9,238	-1,033

Tabla 3. Memoria de trabajo - Grupo

Estadísticos de grupo				
	Grupo	N	Media	Desviación típ.
Memoria de Trabajo	Rehabilitación	40	8.03	2.304
	Control	35	9,14	2,116

Tabla 4. Relación entre Memoria de trabajo - Grupo

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Inferior	Superior
Memoria de Trabajo	-2,177	73	,033	-1,118	,513	-2,141

Tabla 5. Flexibilidad cognitiva y Grupo

Estadísticos de grupo				
	Grupo	N	Media	Desviación típ.
WCST Categorías Completas	Rehabilitación	40	3.35	2.315
	Control	35	4.91	1.222
WCST Errores	Rehabilitación	40	31.38	9.684
	Control	35	42.83	5.073
WCST Respuestas Perseverativas	Rehabilitación	40	32.48	9.487
	Control	35	44.34	6.734

Tabla 6. Relación entre Flexibilidad cognitiva y Grupo

Prueba T para la igualdad de medias						
					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Inferior	Superior
WCST Categorías Completas	-3.582	73	.001	-1.564	-2.435	-.694
WCST Errores	-6.280	73	.000	-11.454	-15.088	-7.819
WCST Respuestas Perseverativas	-6.164	73	.000	-11.868	-15.705	-8.030

Tabla 7. Flexibilidad cognitiva - Droga de impacto

Droga de Impacto		Categorías Completas	Errores	Respuestas Perseverativas
Alcohol	Media	3.53	31.16	31.05
	Desv. típ.	2.118	9.008	8.625
Marihuana	Media	3.22	33.56	39.44
	Desv. típ.	2.386	11.069	8.946
Crack	Media	3.17	30.08	29.50
	Desv. típ.	2.725	10.238	9.288

Tabla 8. Relación entre Flexibilidad cognitiva - Droga de impacto

Tabla de ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
WCST Categorías Completas * Droga de Impacto	1.141	2	.570	.101	.904
WCST Errores * Droga de Impacto	63.710	2	31.855	.328	.722
WCST Respuestas Perseverativas * Droga de Impacto	581.805	2	290.903	3.676	.035

Tabla 9. Control inhibitorio - Tiempo en rehabilitación

Rehabilitación		Stroop Palabra	Stroop Color	Stroop PC
0-4 semanas	Media	43,25	40,33	38,08
	Desv. típ.	6,949	4,706	10,291
1-5 meses	Media	47,47	45,60	45,60
	Desv. típ.	5,680	7,971	7,679
6-12 meses	Media	28,00	36,00	56,00
	Desv. típ.	.	.	.

Tabla 10. Relación entre Control inhibitorio - Tiempo en rehabilitación

Tabla de ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Stroop Palabra * Rehabilitación	441,667	2	220,833	5,230	,010
Stroop Color * Rehabilitación	295,467	2	147,733	3,907	,029
Stroop PC * Rehabilitación	741,667	2	370,833	4,207	,023

Figura 1. Síntomas disejecutivos.

