



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

FACULTAD D PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO D PERSONALIDAD,
EVALVACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

TESIS DOCTORAL

SÍNDROME DISEJECVTIVO EN
PERSONAS CON DEPENDENCIA
ALCOHÓLICA CON/SIN RECIDIVAS

AVTORA: EVA FIDALGO MARTÍNEZ
DIRECTOR: VICENTE MERINO BARRAGÁN
CODIRECTORA: GVADALVPE SÁNCHEZ CRESPO

SALAMANCA 2015

INFORME DE LOS DIRECTORES DEL TRABAJO

D. VICENTE MERINO BARRAGÁN, Doctor en Psicología por la Universidad de Salamanca. Profesor Asociado Doctor de la Facultad de Psicología en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Especialista en Psicología Clínica, Licenciado Especialista de Área asignado en el Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial del SACYL de Zamora.

Y **Dña. GUADALUPE SANCHEZ CRESPO**, Doctora en Psicología por la Universidad de Salamanca. Profesora titular de la Facultad de Psicología en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

DESEAN HACER CONSTAR,

Que el trabajo presentado por **Dña. Eva Fidalgo Martínez**, titulado: *“Síndrome Disejecutivo en personas con dependencia alcohólica con/sin recidivas”*, contiene los elementos de originalidad y aportación científica suficientes para ser presentado como Tesis Doctoral en el Programa “Psicología Clínica y de la Salud” de la Universidad de Salamanca.

Salamanca, Noviembre 2015.

Fdo.: Vicente Merino Barragán

Fdo.: Guadalupe Sánchez Crespo

“Síndrome Disejecutivo en personas con dependencia
alcohólica con/sin recidivas”

Salamanca, Noviembre 2015

Fdo.: EVA FIDALGO MARTÍNEZ

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral nace del esfuerzo, de muchas horas de dedicación y sobre todo de la motivación y la ilusión por ver este proyecto finalizado. Pero todo esto no hubiese sido posible sin la colaboración de muchas personas que a continuación se citan y a las cuales quiero expresar mi agradecimiento:

En primer lugar, a mis directores, el Dr. Vicente Merino Barragán y la Dra. Guadalupe Sánchez Crespo, por su profesionalidad, por el apoyo recibido en cada momento, su disponibilidad y por acompañarme a lo largo de todo el camino. Por todo, muchas gracias.

A la neuropsicóloga Belén Navarrete Santamaría, por tener la suerte de contar a mi lado con una excelente profesional, mejor persona y amiga. Gracias a las horas dedicadas, a su esfuerzo y su compromiso, este trabajo ha podido ser realizado. Sin ti no hubiese sido posible.

A todos los profesionales de la red de recursos de Salud Mental que han colaborado en la recogida de la muestra, desde las Asociaciones de Alcohólicos de Zamora, Salamanca y Valladolid, hasta el Centro de Atención al Drogodependiente y la Unidad de Conductas Adictivas de Zamora. Gracias por la colaboración, por la rigurosidad y buen hacer.

Especialmente a la Dra. Amaya Caldero, por su cooperación y ayuda y a la psicóloga María Jesús Sánchez, por estar dispuesta a colaborar en mi trabajo.

A todas las personas que voluntariamente tomaron la decisión de participar como parte de la muestra de estudio, por su generosidad y su disponibilidad.

Por supuesto quiero agradecer a mi marido, por acompañarme durante estos años, por dejar de hacer cosas para ayudarme, por creer en mí y por estar siempre a mi lado.

A mi familia, por estar siempre pendientes de mi mundo. Por su preocupación constante y su interés en todo lo que hago, siempre de manera incondicional.

A los amigos que año tras año me han animado a continuar en esta aventura de la investigación, por su preocupación y su escucha incondicional.

Para todos ellos, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

1. Introducción.....	27
2. Marco teórico	33
2.1. Definición de alcoholismo.....	33
2.1.1. Prevalencia del consumo de riesgo y perjudicial del alcohol	39
2.2. Síndrome Disejecutivo y alcoholismo	55
2.3. El papel de las recaídas en el deterioro cognitivo de los alcohólicos	67
2.4. Personalidad y alcohol	73
2.4.1. Patología dual.....	77
2.5. Tratamientos del alcoholismo	89
2.5.1. Red de recursos en Castilla y León.....	94
3. Objetivos e hipótesis.....	109
3.1. Justificación de la investigación	109
3.2. Diseño general del estudio	111
3.3. Objetivos	113
3.3.1. Objetivo General	113
3.3.2. Objetivos Específicos.....	113
3.4. Hipótesis.....	114
4. Población, Material y Método	119
4.1. Población.....	119
4.1.1. Criterios de inclusión y exclusión	119
4.1.2. Descripción de la muestra.....	127
4.1.2.1. Datos sociodemográficos.....	128
4.1.2.2. Datos relacionados con la enfermedad	130
4.1.2.3. Tratamiento farmacológico	131
4.1.3. Lugares de procedencia de la muestra	133
4.1.3.1. Unidad de Conductas Adictivas (UCA).....	133
4.1.3.2. Centro de Atención al Drogodependiente (CAD)	134
4.1.3.3. Centro Regional de Rehabilitación de Alcohólicos (CRRRA).....	138

4.1.3.4. Asociaciones de Rehabilitación de Alcohólicos	147
4.2. Material.....	153
4.2.1. WAIS-III.....	153
4.2.2. TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN.....	157
4.2.3. ESCALA BADS Y CUESTIONARIO DISEJECUTIVO (DEX)	158
4.2.4. MCMI-III	161
4.2.5. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI)	163
4.3. Método.....	165
4.3.1. Diseño del estudio.....	165
4.3.1.1. Aspectos éticos	165
4.3.2. Metodología de la investigación	166
4.3.3. Análisis bibliográfico	166
4.3.4. Análisis estadístico	171
5. Resultados.....	175
5.1. Análisis de las diferencias inter-grupo en la función ejecutiva	175
5.1.1. Variables del BADS	175
5.1.2. Variables del WISCONSIN.....	181
5.1.2.1. Asociación entre variables del WISCONSIN.....	188
5.1.2.1.1. En el grupo clínico con recaídas.....	188
5.1.2.1.2. En el grupo clínico sin recaídas	189
5.2. Análisis de las diferencias inter-grupo en la Capacidad Intelectual General.....	189
5.3. Análisis de las diferencias inter-grupos en el Índice de Comprensión Verbal....	192
5.4. Análisis de las diferencias inter-grupos en el Índice de Organización Perceptiva	194
5.5. Análisis de las diferencias inter-grupos en el Índice de Memoria de Trabajo ...	196
5.6. Análisis de las diferencias inter-grupos en el Índice de Velocidad de Procesamiento.....	197
5.7. Análisis de las diferencias inter-grupo en Trastornos de Personalidad y Síndromes Clínicos.....	198
5.7.1. Patrones Clínicos de la personalidad	199
5.7.2. Patología Grave de la personalidad	203

5.7.3. Síndromes Clínicos	204
5.7.4. Síndromes Clínicos graves.....	206
5.7.5. Categorías de los Patrones Clínicos de la personalidad.....	207
5.7.6. Categorías de la Patología Grave de la personalidad	209
5.7.7. Categorías de los Síndromes Clínicos de la personalidad	209
5.7.8. Categorías de los Síndromes Clínicos Graves de la personalidad.....	211
5.8. Análisis de la asociación entre los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos, con el deterioro de la función ejecutiva.....	211
5.8.1. Relación con las variables del BADS.....	213
5.8.2. Relación con las variables del WISCONSIN	215
5.9. Análisis de la percepción de riesgo de los sujetos del GC Sin Recaídas	216
5.9.1. Relación con las variables del BADS.....	218
5.9.2. Relación con las variables del WISCONSIN	219
5.9.3. Relación con las variables del WAIS-III.....	220
5.10. Análisis del nivel de conciencia de los sujetos del GC Sin Recaídas	220
5.10.1. Relación con las variables del BADS.....	222
5.10.2. Relación con las variables del WISCONSIN	222
5.10.3. Relación con las variables del WAIS-III	223
5.10.4. Relación con las variables del MCMI-III	224
5.11. Análisis de las características comunes de los sujetos del GC Sin Recaídas que presentan mayor deterioro y los sujetos del GC Con Recaídas en las variables: Inteligencia General, Función Ejecutiva y Despistaje Psicopatológico de la personalidad.....	228
5.11.1. Relación con las variables del BADS.....	229
5.11.2. Relación con las variables del WISCONSIN	230
5.11.3. Relación con las variables del WAIS-III	233
5.11.4. Relación con las variables del MCMI-III	235
6. Análisis y Discusión de resultados	243
7. Conclusiones	281
8. Referencias bibliográficas	289
9. Anexos.....	331

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1:** Análisis descriptivo y comparativo. Datos sociodemográficos.
- Tabla 2:** Análisis descriptivo y comparativo. Datos relacionados con la enfermedad.
- Tabla 3:** Análisis descriptivo y comparativo. Tratamiento farmacológico.
- Tabla 4:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables del BADS; parte 1: test del 1 al 3.
- Tabla 5:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables del BADS; parte 2: test del 4 al 6.
- Tabla 6:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables del BADS; parte 3: puntuación total.
- Tabla 7:** Test de diferencia de medias. Variables de los subtest del BADS, en función del GC.
- Tabla 8:** Test de diferencia de medias. Puntuación total del BADS, en función del GC.
- Tabla 9:** Distribución de desempeño en BADS. Categorías de clasificación. Contraste de categorías de los grupos y comparación entre grupos.
- Tabla 10:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables del WISCONSIN.
- Tabla 11:** Test de diferencia de medias. Variables de WISCONSIN, en función del grupo clínico.
- Tabla 12:** Distribución de la variable Número de categorías en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.
- Tabla 13:** Distribución de la variable Número de fallos para mantener la actitud en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.
- Tabla 14:** Distribución de la variable Perseveraciones en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.
- Tabla 15:** Distribución de la variable Respuestas de nivel conceptual en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.
- Tabla 16:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Asociación de los Fallos para mantener la actitud con las Perseveraciones y el Número de categorías completas del WISCONSIN, en el GC Con Recaída.
- Tabla 17:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Asociación de los Fallos para mantener la actitud con las Perseveraciones y el Número de categorías completas del WISCONSIN, en el GC Sin Recaída.

- Tabla 18:** Análisis descriptivo y exploratorio. Cociente intelectual. Test WAIS-III.
- Tabla 19:** Test de diferencias de medias. Capacidad intelectual WAIS-III, en función del GC.
- Tabla 20:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de capacidad intelectual general, en función del GC.
- Tabla 21:** Análisis descriptivo y exploratorio. Comprensión Verbal del WAIS-III.
- Tabla 22:** Test de diferencias de medias. Comprensión Verbal del WAIS-III, en función del GC.
- Tabla 23:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de C.I de la Comprensión Verbal, en función del GC.
- Tabla 24:** Análisis descriptivo y exploratorio. Organización Perceptiva del WAIS-III.
- Tabla 25:** Test de diferencias de medias. Organización Perceptiva del WAIS-III, en función del grupo clínico.
- Tabla 26:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de C.I de la Organización Perceptiva, en función del GC.
- Tabla 27:** Análisis descriptivo y exploratorio. Memoria de Trabajo del WAIS-III.
- Tabla 28:** Test de diferencias de medias. Memoria de Trabajo del WAIS-III, en función del GC.
- Tabla 29:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de C.I de la Memoria de Trabajo, en función del GC.
- Tabla 30:** Análisis descriptivo y exploratorio. Velocidad de Procesamiento del WAIS-III.
- Tabla 31:** Test de diferencias de medias. Velocidad de Procesamiento del WAIS-III, en función del GC.
- Tabla 32:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de C.I de la Velocidad de Procesamiento, en función del GC.
- Tabla 33:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Patrones clínicos del MCMI-III; parte 1ª.
- Tabla 34:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III; parte 2ª.
- Tabla 35:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III; parte 3ª.

- Tabla 36:** Test de diferencias de medias. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 37:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de Patología Grave del MCMI-III.
- Tabla 38:** Test de diferencias de medias. Variables de las Patología Grave del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 39:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III; parte 1ª.
- Tabla 40:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III; parte 2ª.
- Tabla 41:** Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 42:** Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III.
- Tabla 43:** Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 44:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Patrones clínicos del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 45:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de las Patologías Graves del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 46:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 47:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III, en función del GC.
- Tabla 48:** Análisis descriptivo. Número de casos de ambos grupos clínicos, con puntuaciones en las variables MCMI-III ≥ 75 .
- Tabla 49:** Análisis correlacional. Asociación entre Síndromes Clínicos y función ejecutiva del BADS, segmentado por GC.
- Tabla 50:** Análisis correlacional. Asociación entre Síndromes Clínicos y función ejecutiva del WISCONSIN, segmentado por GC.
- Tabla 51:** Análisis descriptivo y exploratorio. Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) en el GC Sin Recaídas.

- Tabla 52:** Análisis de la asociación. Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) con las variables del BADS. GC Sin Recaídas.
- Tabla 53:** Análisis de la asociación. Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) con las variables del WISCONSIN. GC Sin Recaídas.
- Tabla 54:** Análisis de la asociación. Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) con las variables del WAIS-III. GC Sin Recaídas.
- Tabla 55:** Análisis descriptivo y exploratorio. Cuestionario Disejecutivo (DEX) en el GC Sin Recaídas.
- Tabla 56:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del BADS. GC Sin Recaídas.
- Tabla 57:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del WISCONSIN. GC Sin Recaídas.
- Tabla 58:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del WAIS-III. GC Sin Recaídas.
- Tabla 59:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Patrones clínicos. GC Sin Recaídas.
- Tabla 60:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Patología grave de la personalidad. GC Sin Recaídas.
- Tabla 61:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Síndromes clínicos. GC Sin Recaídas.
- Tabla 62:** Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Síndromes clínicos graves de la personalidad. GC Sin Recaídas.
- Tabla 63:** Test de diferencias de medias. Variables de BADS entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 64:** Distribución del desempeño en el BADS. Categorías de clasificación. Contraste de categorías entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 65:** Test de diferencias de medias. Variables del WISCONSIN entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

- Tabla 66:** Distribución de la variable Número de categorías en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 67:** Distribución de la variable Número de fallos para mantener la actitud en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 68:** Distribución de la variable Perseveraciones en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 69:** Distribución de la variable Respuestas de nivel conceptual en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 70:** Test de diferencias de medias. Variables de WAIS-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 71:** Distribución de variables de WAIS. Categorías de Capacidad Intelectual entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 72:** Test de diferencias de medias. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III entre del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 73:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 74:** Test de diferencias de medias. Variables de las Patologías Graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 75:** Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de las Patologías Graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.
- Tabla 76:** Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Tabla 77: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Tabla 78: Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Tabla 79: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo global de efectos asociados al consumo de alcohol (modificado de Rehm et al.).

Figura 2: Proporción de sustancias más consumidas en los últimos 12 meses (%).

Figura 3: Proporción de consumo de sustancias legales frente a sustancias ilegales.

Figura 4: Proporción hombre/mujer en el consumo de diferentes sustancias.

Figura 5: Mujeres admitidas a tratamiento en centros ambulatorios por consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de droga principal (%). Castilla y León, 2007.

Figura 6: Edad media en el inicio en el consumo de drogas.

Figura 7: Evolución del consumo de bebidas alcohólicas.

Figura 8: Borracheras/Alcohol en atracón/Botellón.

Figura 9: Consumo de riesgo de alcohol en la población que ha respondido AUDIT.

Figura 10: Policonsumo y binge drinking.

Figura 11: Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992).

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

AF:	Análisis Factorial
APA:	Asociación Americana de Psiquiatría
ARSA:	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Salamanca
ARVA:	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid
ARZA:	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Zamora
AUDIT:	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol
BN:	Búsqueda de Novedades
CAD:	Centros específicos de Asistencia ambulatoria a Drogodependientes
CEAS:	Centros de Acción Social
CEPN:	Centros Específicos de Primer Nivel
CET:	Cue Exposure Treatment (Terapia de Exposición a Pistas)
CI:	Cociente Intelectual
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRA:	Community Reinforcement Approach (Aproximación por Reforzamiento Comunitario)
CRA:	Centros residenciales para la Rehabilitación del Alcohólico
CRRA:	Centro Regional de Rehabilitación de Alcohólicos
CT:	Comunidad Terapéutica
CTD:	Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes
DEX:	Cuestionario Disejecutivo

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado

EAPS: Equipos de Atención Primaria de Salud

ED: Evitación del Daño

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España

ESMD: Equipos de Salud Mental de Distrito

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias

FDA: Familiar con Dependencia al Alcohol

GC: Grupo Clínico

IC: Intervalo de Confianza

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

MCMI: Inventario Clínico Multiaxial de Millon

MW: Test U de Mann-Whitney

NAA: N-Acetil-Aspartato

OMS: Organización Mundial de la Salud

PR: Prevención de Recaídas

RAD: Red de Asistencia al Drogodependiente

RM: Retraso Mental

RPI: Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída

SAISDE: Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente

SAITCyL: Sistema de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León

SD: Síndrome Disejecutivo

SET:	Sociedad Española de Toxicomanías
SNC:	Sistema Nervioso Central
SOAD:	Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes en Juzgados
SW:	Test de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk
TAG:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TB:	Tasa Base
TLP:	Trastorno Límite de la Personalidad
TP:	Trastorno de Personalidad
TPA:	Trastorno de Personalidad Antisocial
WCST:	Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin
UCA:	Unidad de Conductas Adictivas
UDH:	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
UE:	Unión Europea
UHP:	Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
UTA:	Unidades para el tratamiento del alcoholismo
WAIS:	Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos
WCST:	Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin



1.~ INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas está ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales, constituyendo en la actualidad un importante problema de salud pública, especialmente en España, que es uno de los países con mayor consumo de alcohol por habitante y año (Salvador, 1994).

El consumo de alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva que acarrea mayor número de problemas personales, sociales y sanitarios en España. En nuestro medio, junto a una importante base socio-cultural, también están presentes los efectos fisiológicos que produce el alcohol al ser introducido en el organismo, los factores psicológicos y de reforzamiento que facilitan el continuar en el uso del mismo, y su utilización como elemento que facilita la solución de distintos problemas (García, U. E., Mendieta, C. S., Cervera, M. G., & Fernández, H. J. R. (2003). Manual Set de alcoholismo).

Los factores que de forma más intensa han favorecido la expansión que los consumos de bebidas alcohólicas han tenido en las dos últimas décadas en España, convirtiendo el alcohol en la droga más consumida son la ampliación de la base social de consumidores, con la presencia de adolescentes de ambos sexos y la existencia de una importante tolerancia social frente al alcohol. Paralelamente, y a medida que el uso del alcohol se iba generalizando, se ha instaurado una imagen normalizada de esta conducta, que con frecuencia se traduce en la banalización de los consumos y los efectos asociados al alcohol (Elzo, J., & Orizo, F. A. (2000)).

El abuso de alcohol determina, por lo tanto, problemas y patologías de gran importancia sanitaria y social. El gasto anual provocado en España tanto de forma directa (atención sanitaria, accidentes de tráfico,...) como indirecta (bajas laborales) se eleva a millones de euros. A todo ello se debe sumar el coste no cuantificable en dolor y sufrimiento derivado de malos tratos al cónyuge y a los niños, abandono familiar, marginación, etc. (Portella et al. 1998).

La edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país según la última Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (EDADES 2013-2014), se sitúa en torno a los 16 años y 7 meses, siendo una de las drogas de inicio más temprano.

Por otra parte, se sabe que la prevalencia de consumo diario, abuso de alcohol y alcoholismo en los hombres sigue siendo superior al de las mujeres, aunque las chicas beben con mayor frecuencia. De hecho, es la droga con mayor número de adeptos entre los adolescentes, lo que supone un coste aproximado de 3600 millones de euros al año en nuestro país debido a enfermedades, accidentes laborales y absentismo (Córdoba et al., 2001).

El uso y abuso del alcohol (etanol) es un factor de riesgo para la salud que puede desencadenar una dependencia a la droga. De hecho, dentro del grupo de las drogodependencias, el consumo perjudicial de alcohol (CIE-10), abuso y dependencia de alcohol (DSM-IV-TR) son los trastornos más prevalentes.

Un aspecto relevante del alcoholismo es que es una enfermedad crónica en la que la recuperación no siempre es completa ni duradera. De hecho el número de recaídas en estos pacientes es elevado, así lo demostró Vaillant (1983) llevando a cabo un seguimiento de 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol. En él observó que a los dos años de tratamiento, el 63% había vuelto a su conducta adictiva, y al final del seguimiento de 8 años de duración, el 95% de la muestra había reanudado su consumo de alcohol ocasionalmente.

Por todo ello, el tratamiento de la dependencia alcohólica es complejo, dinámico y largo, y debe ser entendido como un proceso (Altisent Trota R, Pico Soler MV, Delgado Marroquín MT, Mosquera Nogueira J, Aubà i Llambrich J, Córdoba García R. 1997; Hester RK, Miller WR., 1995).

En las diferentes investigaciones se puede observar que se ha llevado a cabo un amplio estudio sobre los diferentes factores que predisponen las recaídas en el alcoholismo y desde un punto de vista teórico se han formulado modelos explicativos sobre el proceso de recaída (como por ejemplo el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, 1992). De hecho, la prevención de recaídas (PR) es el punto central de la

terapéutica de las adicciones. Sin embargo existen pocos estudios que realicen un análisis de las repercusiones de las recaídas en estos pacientes (como pueden ser los cambios en su personalidad previa y en su funcionamiento cognitivo, entre otros) (Alonso Álvarez, A., 2011; Solís, L., Martha, C., 2014) y además, estos estudios cuentan con poblaciones heterogéneas, por lo que los resultados son difícilmente comparables.

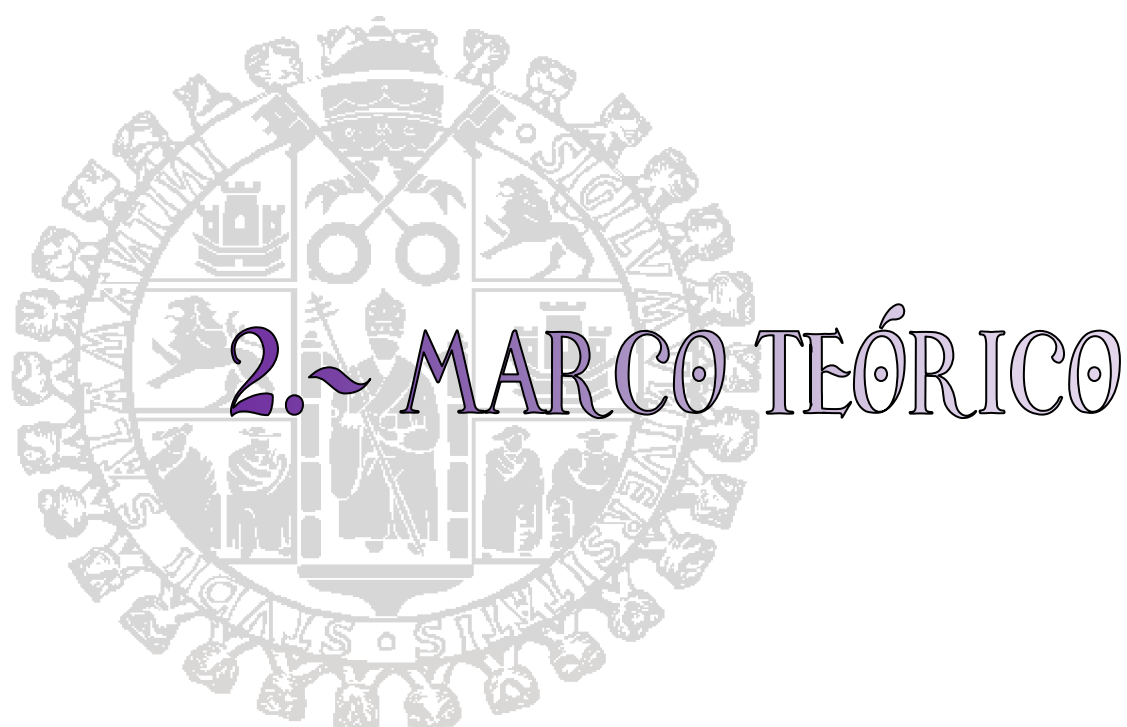
Por otra parte, numerosos estudios han demostrado que la ingesta de alcohol provoca alteraciones neuropsicológicas que afectan a diferentes estructuras en el cerebro (Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano, A., 2001; Garrido, M.J., Fernández Guinea, S., 2004; Landa, N., Fernández Montalvo, J., Castillo, A., Lorea, I., 2006; Sanhueza, C., García Moreno, L.M., Expósito, J., 2011, Hernández-Fonseca, K., 2015). Además en los últimos años se ha dedicado una mayor atención a la evaluación específica de los déficits en las funciones ejecutivas en sujetos alcohólicos. Así, varios estudios (Cutting, 1978; Goldstein y Shelley, 1982; Hill, 1980; Jones y Parsons, 1971; Long y McLachlan, 1974; Parsons, 1987; Smith, Burt y Chapman, 1973; Sullivan, Mathalon, Zipursky, Kersteen-Tucker, Knight y Pfefferbaum, 1993) han confirmado la presencia de dichos déficits. En estos casos aparece el denominado síndrome disejecutivo (Baddeley y Wilson, 1988) caracterizado por dificultades para: centrarse en una tarea y finalizarla sin un control externo; establecer nuevos repertorios conductuales y utilizar estrategias operativas; mantener una conducta flexible y creativa, con una evidente falta de flexibilidad cognitiva; y anticipar las consecuencias de su comportamiento, lo que provoca una mayor impulsividad e incapacidad para posponer una respuesta.

Otro tema de interés clínico es el estudio de la comorbilidad psicopatológica en pacientes dependientes del alcohol. Los pacientes alcohólicos presentan un elevado riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (30-75%), que supera sensiblemente a la tasa de prevalencia de la población general (15-20%) (Grant, Bridget F et al., 2004; Ávila JJ, González D 2007). Así, por ejemplo, en los estudios del grupo de Echeburúa (Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri, 2007; Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005, 2007) los pacientes dependientes del alcohol se muestran con un alto nivel de impulsividad y de búsqueda de sensaciones, manifiestan una

sintomatología ansioso-depresiva elevada y presentan en un 40% de la muestra trastornos de personalidad (especialmente, el dependiente, el paranoide y el obsesivo-compulsivo). La presencia de psicopatología asociada es un factor de mal pronóstico (Kranzler, Del Boca y Rousanville, 1996; O'Brien, Woody y McLellan, 1984); por ello, un mejor conocimiento de las dimensiones de personalidad y la detección y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos asociados a la dependencia del alcohol desempeñan un papel importante en la investigación clínica porque influyen directamente en la evolución y en el pronóstico de la dependencia (Haver, 2003; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2006).

El presente trabajo de investigación pretende estudiar de manera específica el papel de las recaídas en el deterioro cognitivo de sujetos con dependencia del alcohol. Para ello se han seleccionado dos grupos de sujetos (un grupo clínico 1: sujetos con dependencia del alcohol y que han presentado recaídas a lo largo de la enfermedad y otro grupo clínico 2: sujetos con dependencia del alcohol y sin recaídas). Por otro lado, se estudia la relación entre el despistaje psicopatológico de personalidad y el deterioro en la función ejecutiva de ambos grupos de sujetos. Se pretende también identificar aquellas situaciones potencialmente asociadas a la recaída y analizar las semejanzas o diferencias entre ambos grupos con el fin de obtener resultados útiles para el tratamiento de estos sujetos.

Esta investigación es relevante por la especificidad de la muestra objeto de estudio y por la repercusión de las diferencias, por un lado, y los puntos en común, por otro, entre los dos grupos, lo cual permite valorar el riesgo a sufrir futuras recaídas y la importancia de una intervención específica e individualizada en dichos casos, evitando así la cronificación de la enfermedad. Por otra parte, los datos se recogen en un ambiente controlado, ya que todos los sujetos que forman parte del estudio, en ese momento están llevando a cabo un tratamiento supervisado por uno o varios profesionales de la red de salud mental, evitando de esta manera posibles influencias de variables externas y controlando la abstinencia de los sujetos.



2.~ MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952 definía así el alcoholismo: *“Alcohólicos son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol ha alcanzado un grado tal que presentan notables trastornos mentales o interferencias con su salud mental o física, con sus relaciones interpersonales y su funcionamiento social, económico, o bien tienen signos claros de la tendencia a orientarse hacia tales síntomas. Es por esto, entonces, que tales personas requieren tratamiento.”*

Sin embargo, la primera consideración estrictamente médica del alcoholismo crónico como enfermedad que recoge la historiografía, aparece en la obra del médico sueco M. Huss (Campos, 1997). Y lo define como *“una intoxicación progresiva, dependiente de la absorción directa del tóxico por la sangre o de la alteración de ésta. Este tóxico, actuando sea como cuerpo extraño, sea como desorganizador, ejerce secundariamente sobre el sistema nervioso una influencia en primer lugar irritante, después sedante, después estupefaciente, pero ordinariamente alternativa antes de ser permanente”* (Huss, 1849, citado por Campos, 1997, en Manual SET de Alcoholismo, 2003).

La evidencia empírica y las concepciones teóricas han apoyado la idea de que la conducta de uso y abuso de drogas no depende de un factor aislado, sino que está originada y mantenida por diversos factores de naturaleza multidimensional. En el caso del alcoholismo, la causa principal es la adicción provocada por la influencia psicosocial en el ambiente social en el que vive la persona. Se caracteriza por la necesidad de ingerir sustancias alcohólicas en forma relativamente frecuente, según cada caso, así como la pérdida de autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia. El alcoholismo no viene determinado por la cantidad ingerida en un periodo determinado, es decir, personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo alcohólicos que consumen a

diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin ninguna periodicidad fija, si bien el proceso degenerativo que caracteriza la propia enfermedad tiende a acortar los plazos entre cada ingesta. El consumo excesivo y prolongado de alcohol va obligando al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se llama *Tolerancia*, y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia del organismo, “asimilando menos”, por lo que tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

El alcohol es lípido e hidrosoluble de modo que atraviesa con facilidad membranas celulares siendo absorbido rápidamente por el estómago y distribuido a todos los tejidos. También es un depresor tranquilizante del Sistema Nervioso Central (SNC). A pequeñas dosis disminuye la ansiedad, desinhibiendo la actividad cortical por depresión de la función de territorios subcorticales, produciendo un estado de excitación (Adams y Víctor, 1981), aumentando la frecuencia cardíaca y respiratoria. A dosis mayores aparece la acción depresora sobre las neuronas corticales produciéndose una disminución del nivel de conciencia y de la coordinación motriz. La sangre fluye hacia la periferia lo que provoca sensación de calor, produciéndose a su vez una pérdida de calorías. A dosis altas se puede llegar a producir el coma y la muerte por depresión respiratoria.

En cuanto al tipo de bebidas consumidas hay que diferenciar las siguientes:

- Fermentadas: etanol obtenido por fermentación de azúcares (4º-16º).
- Destiladas: destilando una bebida fermentada, evaporando parte del agua concentrando el contenido etílico (de 20º a 42º).
- Licores: mezcla de bebida fermentada con otros elementos como frutas o aromas, produciendo un aumento en el porcentaje de azúcares y del potencial de embriaguez.
- Combinados: se mezcla una bebida destilada con una sustancia gaseosa o cafeínica, provocando que el alcohol atraviese más rápidamente la barrera hematoencefálica y/o el retardo en la sedación respectivamente.

Además, el consumo de alcohol puede ocasionar daños que dependen no solo de la cantidad promedio total de alcohol consumida, sino también del patrón de consumo (frecuencia y cantidad ingerida en cada ocasión, preferencia por determinadas bebidas alcohólicas, consumo durante las comidas, contexto donde se realiza el consumo, etc.), el cual resulta tanto o más determinante en la extensión y gravedad de sus efectos (Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT, 2003).

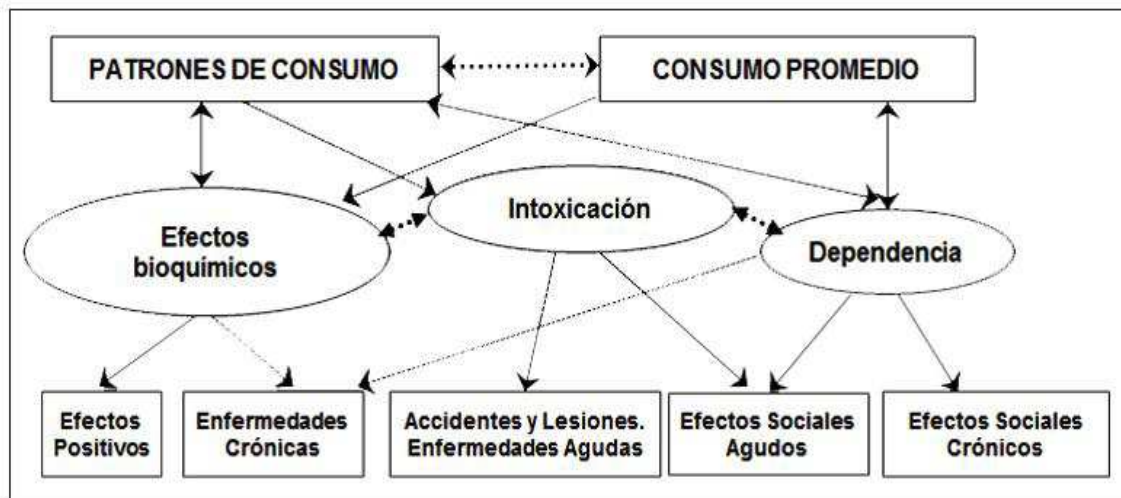


Figura 1: Modelo global de efectos asociados al consumo de alcohol (modificado de Rehm et al.)

En cuanto a los patrones de consumo, sabemos que existen diferentes patrones de consumo de alcohol. Tradicionalmente se ha dividido el mundo en regiones con elevado o bajo consumo *per cápita*, denominando *wet cultures* o *dry cultures* respectivamente. En países con *wet cultures* el consumo de alcohol está integrado en la vida cotidiana y es consumido regularmente acompañando las comidas, las bebidas alcohólicas son fácilmente accesibles y la proporción de personas abstemias es escasa. Esta cultura es característica de los países de la cuenca mediterránea en los que el vino es la bebida predominante, a diferencia de las regiones con *dry cultures* donde el consumo de alcohol no es habitual con las comidas ni está integrado en las actividades cotidianas. Su acceso es más restrictivo y las tasas de abstinencia son muy superiores. Este patrón de consumo es típico de los países escandinavos, Estados Unidos y Canadá, donde la cerveza y los destilados son las bebidas preferentes. Comparaciones más recientes realizadas principalmente en países europeos, describen como la división

wet/dry parece ir desapareciendo y la forma de consumo, incluido el tipo de bebidas, se va homogeneizando (Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N, 2003). Por otro lado, esta dicotomía se ha adaptado a nuevas formas de consumo emergentes, considerando una variedad de comportamientos donde destacan las dimensiones de la regularidad del consumo y del grado de embriaguez (Room R, Makela K, 2000).

A raíz de los patrones diferenciales de consumo de alcohol se han realizado múltiples clasificaciones sobre las tipologías de pacientes con problemas relacionados con el alcohol. Así Jellinek (1960) distingue cinco tipos:

- Alpha: persona que bebe excesivas cantidades de alcohol debido a una enfermedad psíquica o física subyacente que trata de mitigar con el consumo. No ha desarrollado una dependencia física.
- Beta: bebedor excesivo que presenta lesiones somáticas debidas al consumo de alcohol. No existe dependencia ni síntomas de abstinencia, siendo los malos hábitos alimenticios y costumbres sociales las que se encuentran en el origen del problema.
- Gama: bebedor adicto con pérdida de control frente a la bebida (el auténtico enfermo alcohólico).
- Delta: bebedor que presenta adicción, pero no pérdida de control. Muestran síntomas de abstinencia, necesitan beber con asiduidad pero no se embriagan.
- Epsilon: dipsomanía o alcoholismo periódico. Usan la bebida de forma esporádica y compulsiva, con pérdida de control y frecuentes trastornos de conducta asociados.

Cloninger y cols. (1981) o Schuckit (2000) diferencian entre:

- Alcoholismo primario: persona que presenta una etiopatogenia preferentemente ambiental, con un desarrollo tardío y lento de su dependencia y una alcoholización progresiva.
- Alcoholismo secundario: la persona tendría una psicopatología de base que le predispondría al alcoholismo. Suelen tener historia familiar de

alcoholismo, inicia precozmente el abuso de alcohol y desarrolla pronto su dependencia.

En estudios posteriores como el de Moss, Chen y Yi (2007) encuentran 5 tipos de alcohólicos en una muestra de 1484 personas:

- Tipo adulto joven (31,5%): joven, edad de comienzo de consumo de alcohol temprana, baja probabilidad de trastorno de personalidad antisocial (TPA), probabilidad moderada de tener un familiar de 1º o 2º orden con dependencia del alcohol (FDA).
- Tipo funcional (19,4%): personas de más de 41 años, edad mayor de iniciación del consumo, comienzo más tardío de la dependencia (media de 37 años), baja probabilidad de TPA, moderada probabilidad de FDA, moderada probabilidad de tener depresión y baja de tener un trastorno de ansiedad.
- Tipo familiar intermedio (11,8%): mayor edad (sobre 37 años), comienzo de consumo hacia los 17 años, comienzo de la dependencia hacia los 32 años, probabilidad moderada de TPA, y elevada probabilidad de FDA (47%), porcentaje importante de trastorno bipolar (22%), TP obsesivo-compulsivo (19%), Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (15%), consumo de cannabis (25%), cocaína (20%), siendo un 64% varones.
- Tipo joven antisocial (21,1%): jóvenes de media 26,4 años, con consumo temprano de alcohol (15,5 años), comienzo temprano de la dependencia (18,4 años), alta probabilidad de FDA (52%), mayor probabilidad de depresión (37%), trastorno bipolar (33%), fobia social (14%), TP obsesivo compulsivo (19%), fumador regular (77%), abuso-dependencia de cannabis (66%), de anfetaminas (7,8%), consumo de cocaína (29%) y de opiáceos (22%), siendo el 76% varones.
- Tipo severo crónico (9,2%): media de edad de 37,8 años, inicio temprano del consumo (15,9 años), comienzo tardío de la dependencia de alcohol (29 años), alta probabilidad de TPA (47%), alto nivel de FDA (77%), de tener a lo largo de la vida depresión mayor (55%), distimia (25%), trastorno

bipolar (34%), TAG (24%), fobia social (26%), trastorno de pánico (17%), fumador regular (75%), con trastornos por consumo de cannabis (58%), cocaína (39%) y opiáceos (24%), siendo el 65% varones. Es el tipo que mayor nivel de divorciados y bebe más días y mayor cantidad de alcohol. Son lo que más acuden a tratamiento.

Otro aspecto que ha ido cambiando con el tiempo ha sido el consumo de alcohol puro. Los datos indican que en el año 2010 el consumo de alcohol puro per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros entre la población de más de 15 años. Esto implica una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día. Se estima que una cuarta parte de ese consumo (el 24,8 %) provenía de bebidas alcohólicas de fabricación casera o producidas y vendidas fuera de los controles gubernamentales. El 50,1% de todo el alcohol que se consume en el mundo y que sí se controla, se consume en forma de bebidas espirituosas (*Se considera bebidas espirituosas a aquellas bebidas con contenido alcohólico procedentes de la destilación de materias primas agrícolas (uva, cereales, frutos secos, remolacha, caña, fruta, etc.). Se trata, así, de productos como el brandy, el whisky, el ron, la ginebra, el vodka, o los licores, entre otros.* La definición técnica y legal de bebida espirituosa aparece recogida en el Reglamento CE 110/2008 (art. 1), en cuya virtud se entiende básicamente por bebida espirituosa *la bebida alcohólica destinada al consumo humano, con cualidades organolépticas particulares, con una graduación mínima de 15%vol , obtenida por destilación, en presencia o no de aromas, de productos naturales fermentados, o por maceración de sustancias vegetales, con adición o no de aromas, azúcares, otros edulcorantes, u otros productos agrícolas*). El 61,7% de toda la población mundial de 15 o más años no ha probado el alcohol en el último año. En todas las regiones de la OMS se observa que la abstinencia de beber alcohol es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Del mismo modo, también se observa unas diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol en las distintas regiones de la OMS. Aproximadamente el 16,0 % de los bebedores de 15 años o más reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico. En general, cuanto mayor es la riqueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia. Como regla general, en los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita y

una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores (OMS, 2014).

En el estudio de Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL, 2014 muestran que en España la situación actual del consumo de alcohol en población adulta es compatible con la de los países en transición, en los que el patrón *binge drinking* (tomar grandes cantidades de alcohol en cortos períodos de tiempo) es el que más contribuye al riesgo global derivado del consumo de alcohol, produciéndose una fuerte tendencia descendente del consumo promedio de riesgo y habiendo la cerveza desplazado al vino como la bebida preferente.

2.1.1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL DEL ALCOHOL

Cuando hablamos de prevalencia, estamos haciendo referencia al “*número de casos existentes de una enfermedad en un momento dado, en una colectividad*” (Gil, P., & Gálvez Vargas, R. (2001). Medicina preventiva y salud pública). Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (en este caso el alcoholismo) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

En la mayoría de las sociedades occidentales el consumo de alcohol tiene un elevado impacto en la salud debido a sus consecuencias negativas y se considera un problema de salud pública (Room R, Babor T, Rehm J, 2005). Estudios como el de Room R, Rossow I (2001) y Klingemann H, Gmel G (2001), muestran que el consumo de alcohol está relacionado con más de sesenta enfermedades, incluyendo demencia, cáncer de mama, cáncer colorrectal, cirrosis, cáncer de esófago y síndrome de dependencia alcohólica entre otras, además de sus consecuencias sobre los accidentes de trabajo, la violencia callejera y los problemas familiares.

En España es la adicción con mayor prevalencia y una de las más importantes intoxicaciones, tanto por sus efectos como por el gran número de individuos

afectados, aunque sólo influya incidentalmente en sus vidas. De hecho, en nuestra sociedad el consumo de alcohol se caracteriza por ser habitual y formar parte de los usos sociales en los cuales, muy a menudo, encontramos que el consumo de bebidas alcohólicas se asocia a hábitos dietéticos. El abuso y/o la dependencia del alcohol lleva a que las diferentes áreas de la vida del individuo se vean gravemente dañadas: personal (intelectual y cognitiva), laboral, familiar y social, además de producir alguna disfunción a nivel neurológico.

Para empezar, *“cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad”* (OMS. Nota descriptiva N° 349. Mayo de 2014).

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del SNC utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad (*“cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado”*) y una mortalidad (*“conjunto de fallecidos en una población durante un determinado lapso de tiempo”*) considerables (Gil, P., & Gálvez Vargas, R. (2001). Medicina preventiva y salud pública). En algún momento de la vida cerca del 90% de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60% de hombres y 30% de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas) (DSM-IV-TR, 2002).

La OMS aporta los siguientes datos y cifras:

- “Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones”.
- “El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones

es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad”.

- “El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol”.
- “Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos”.
- “Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida”.
- “Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto”. (*Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014*).

En la Unión Europea (UE) el alcohol aparece como el tercer factor de riesgo de morbimortalidad precoz, sólo por detrás del tabaquismo y la hipertensión arterial, siendo más importante que la obesidad o la hipercolesterolemia. La UE es también el mayor productor, exportador e importador de bebidas alcohólicas. Aunque la tendencia del consumo medio ha tendido a disminuir en las últimas décadas de los 15 litros de alcohol puro por adulto y año a mediados de los años 1970, a los menos de 9 litros a inicios de los 2000, la UE es la región del mundo con mayor consumo de alcohol per cápita. Estos niveles actuales están 2.5 veces por encima de la media del resto del mundo (World Health Organization. (2005). European health for all database (HFA-DB) [electronic resource]). Según un reciente estudio conjunto de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea los adultos europeos mayores de 15 años, consumen un promedio de 12,5 litros de alcohol, una cantidad superior a la de cualquier otra parte del mundo. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%). Dentro de la UE, los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras en el sur de Europa

beben sobre todo vino (aunque España puede ser una excepción). Éste es un fenómeno relativamente nuevo, observándose, dentro de la UE, una tendencia a la armonización en los últimos 40 años. En la mayor parte de los países, alrededor del 40% de las ocasiones de consumo se concentran en la cena, aunque, en los países del sur, es mucho más probable consumir alcohol a la hora del almuerzo que en otras regiones (World Health Organization, 2012).

Cuando se investigan desigualdades en salud, aquellas personas que pertenecen a grupos sociales más desfavorecidos, tienen peor salud y mayor mortalidad que las personas de mayor posición socioeconómica (Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E et al. 2005; Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S et al. 2003). No obstante en el caso del consumo de alcohol se produce una desviación de este patrón. En los países desarrollados, las personas con mejor posición socioeconómica tienden a consumir alcohol de forma regular pero en cantidades moderadas mientras que los de posición socioeconómica más baja muestran una proporción mayor de abstención, aunque los que beben ingieren mayores cantidades y presentan más problemas relacionados con el consumo.

En el ámbito nacional disponemos de los datos aportados por las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas, dirigidas a población de 15-64 años. Estas encuestas son realizadas cada dos años por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1995 y sus resultados son representativos a nivel nacional. En la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009/2010 ya se reflejaba que en este país el alcohol forma parte de acontecimientos tan diversos como la comida diaria, actos religiosos y las diferentes celebraciones culturales. Su consumo está fuertemente arraigado en nuestra sociedad y existe gran tolerancia social sobre el uso de bebidas alcohólicas y las repercusiones que éste genera. La última encuesta (EDADES 2013-2014) refleja que las sustancias consumidas por un porcentaje mayor de personas son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes.

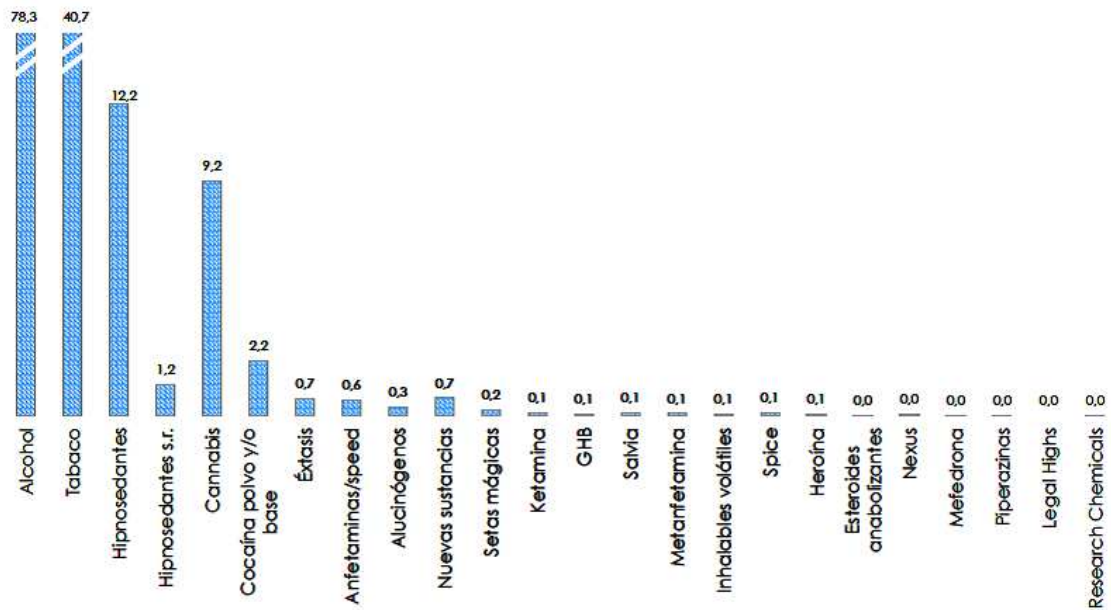


Figura 2: Proporción de sustancias más consumidas en los últimos 12 meses (%)

Algo llamativo, es que desde 2011 aumenta ligeramente el consumo de las sustancias legales como el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, disminuyendo por otra parte, el consumo de las sustancias ilegales.

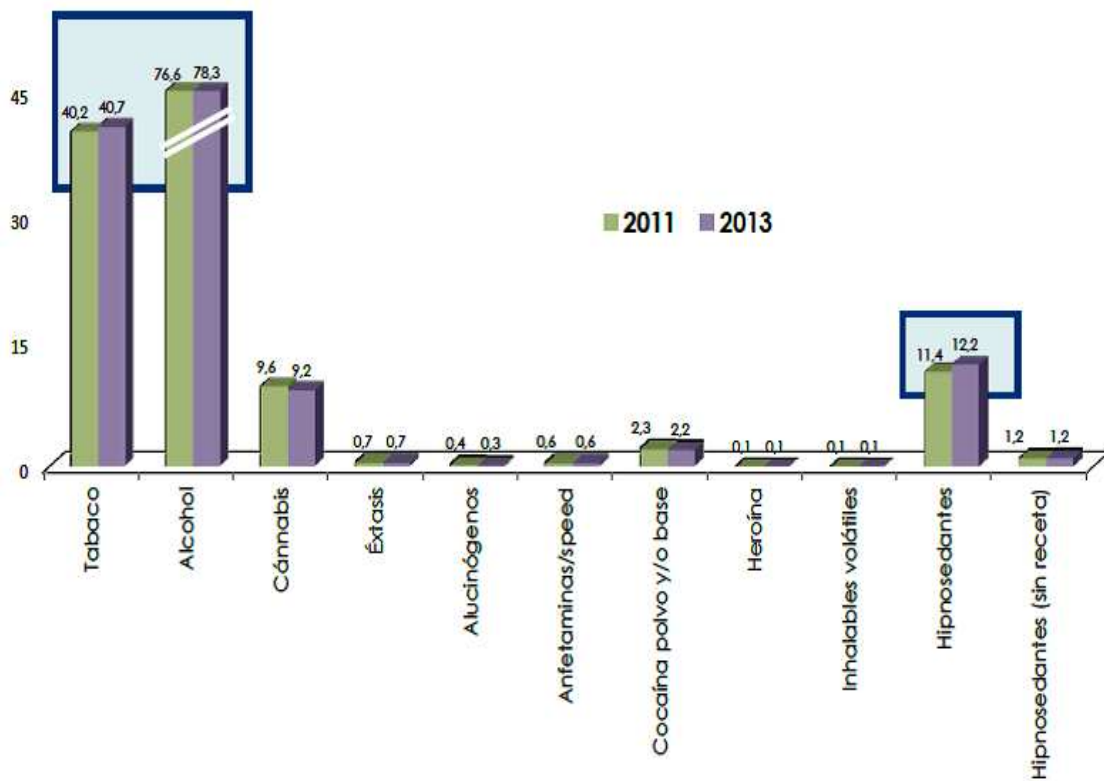


Figura 3: Proporción de consumo de sustancia legales frente a sustancias ilegales

Las tasas de prevalencia tan elevadas se relacionan, probablemente, con la facilidad de acceso al alcohol, con su integración cultural, con su bajo precio y con sus propiedades psicoactivas (Echeburúa, E., De Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2005)).

Por otra parte, se sabe que la prevalencia de consumo diario, abuso de alcohol y alcoholismo en los hombres sigue siendo superior al de las mujeres.

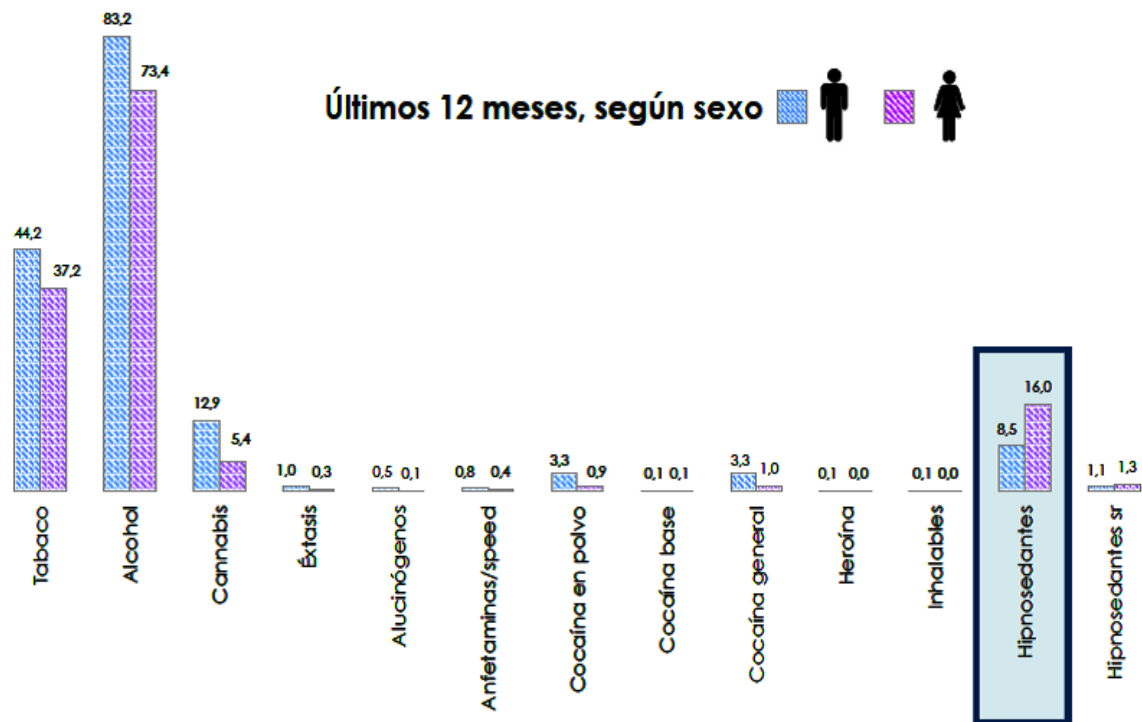


Figura 4: Proporción hombre/mujer en el consumo de diferentes sustancias

Como viene siendo habitual, en la figura 4, se observan diferencias en el consumo de las sustancias entre hombres y mujeres. Los datos muestran que actualmente, entre la población residente en España, el consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, que entre las mujeres, excepto para los hipnosedantes donde el porcentaje de mujeres que consume este tipo de sustancias duplica al de varones.

En la mayoría de las sociedades la población adulta tiene un patrón diferenciado de consumo de alcohol según el sexo. Los hombres beben más frecuentemente y en mayores cantidades que las mujeres y como consecuencia tienen más problemas asociados al consumo de alcohol (Anderson P, Baumberg B, 2006).

En la literatura científica se ha señalado, muy frecuentemente, que la dependencia del alcohol en el sexo femenino presenta una serie de características etiológicas y clínicas que le diferencian del alcoholismo en el hombre (Limosin, F., 2002; Beckman, L.J., 1975; Blume, S.B., 1986; Hasin, D.S., Grant, B.F., Weinflash, J., 1988; Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W., 1995; Ávila, J.J., Pérez, A., Rodríguez, M., 1996; Wilsnack, S.C., 1996; Blume, S.B., 1997; Rubio, G., Blázquez, A., 2000).

Las mujeres presentan una serie de *factores etiológicos* adicionales que aumentan el riesgo de padecer alcoholismo, los más sobresalientes son:

- un patrón de consumo excesivo de alcohol por parte de su pareja.
- la presencia de síntomas depresivos y/o depresión franca que además influye en la cronificación de la dependencia alcohólica.
- antecedentes de abuso sexual en la infancia y malos tratos en la niñez o adultez (Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W., 1995; Wilsnack, S.C., 1996; Rubio, G., Blázquez, A., 2000).

Las *diferencias clínicas* que se resaltan en dichos estudios, son las siguientes:

- 1) Las mujeres inician el consumo de alcohol a una edad más tardía, consumen menos cantidad y acuden a consulta a una edad similar o menor que los varones, por lo que la enfermedad se desarrolla en un corto periodo de tiempo (Beckman, L.J., 1975).
- 2) La presencia de síntomas psicopatológicos, principalmente depresivos, es muy destacada, acudiendo a consulta principalmente por dichos síntomas. En relación con este punto, los intentos de autolisis son muy frecuentes en la historia psicopatológica de estas mujeres (Blume, S.B., 1986; Blume, S.B., 1997).
- 3) El consumo de otras drogas, principalmente psicofármacos y estimulantes, asociado al consumo de alcohol, es un hallazgo muy frecuente en este tipo de población.
- 4) Las consecuencias somáticas y familiares derivadas del uso de alcohol tienen más incidencia en el alcoholismo femenino que en el masculino; mientras

que los problemas legales, laborales y sociales lo son menos (Beckman, L.J., 1975).

Otra diferencia significativa entre hombres y mujeres con dependencia del alcohol es el ocultamiento de la enfermedad por parte de las mujeres, mayoritariamente por vergüenza, cuya consecuencia inmediata se manifiesta en la prolongación de los años de dependencia por acudir tardíamente a un centro de asistencia (Gómez Moya, J., 2000).

Por lo tanto, los inicios de tratamiento del alcoholismo masculino cuadruplican los de las mujeres (Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informes anuals del 1991 al 2007. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut), si bien la paulatina igualación de las pautas de comportamiento entre ambos sexos está provocando un aumento del abuso y dependencia alcohólica en ellas (Grucza, R.A., Bucholz, K.K., Rice, J.P., Beirut, U., 2008).

Puesto que la proporción habitual, y constante en el tiempo, es de entre 3:1 y 4:1 de varones que solicitan tratamiento, estos resultados posiblemente nos informen de que las mujeres que acceden a tratamiento representan a la fracción de adictas con mayores niveles de deterioro funcional, o, dicho de otro modo, que es necesario un mayor nivel de disfuncionalidad para que las mujeres con problemas adictivos soliciten ayuda profesional (Llanero Luque, M., Ruiz Sánchez de León, J.M., Pedrero Pérez, E.J., Olivar Arroyo, A., Bouso Saiz, J.C., Rojo Mota, G., Puerta García, C., 2008).

En un estudio llevado a cabo por el Observatorio Regional Sobre Drogas de Castilla y León, titulado "Evolución comparativa del perfil de las mujeres y los hombres que ingresan en centros residenciales de atención a drogodependientes, 2003-2006" (Redondo, S., Sánchez, A. y García, M.I., 2007) se concluye que *"la accesibilidad de las mujeres drogodependientes a los servicios residenciales de tratamiento no presenta patrones diferenciales respecto a los varones, lo cual difiere de los datos aportados por la literatura científica, salvo en el tema de la estancia media, que resulta superior entre los hombres, los cuales están más tiempo en el tratamiento que las mujeres"*.

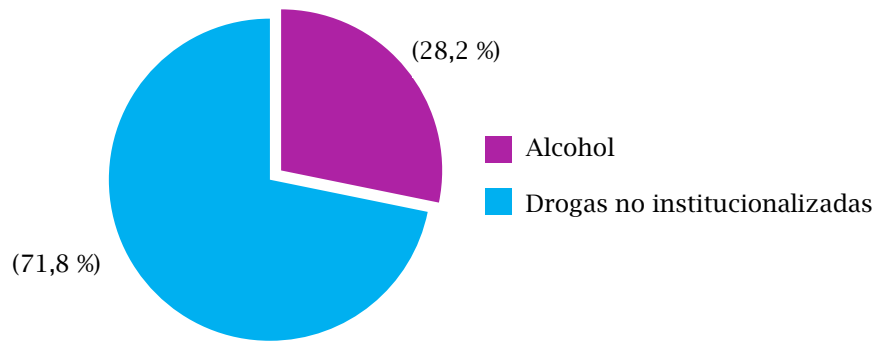


Figura 5: Mujeres admitidas a tratamiento en centros ambulatorios por consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de droga principal (%). Castilla y León, 2007.

Actualmente los estudios siguen encontrando diferencias de género en la dependencia del alcohol, así en un estudio realizado por Monras Arnau, M., en 2010, los resultados apuntan que:

Las mujeres presentan más intentos de suicidio que los hombres, pero estos intentos son menos letales y tienen menos intencionalidad.

En lo que respecta a la estructura de la personalidad es similar en los dos sexos, pero las mujeres tienen un mejor pronóstico, incluso si presentan trastornos psiquiátricos.

Una característica notable del pronóstico en la mujer es su mejor adherencia a las terapias de grupo. Las terapias grupales son el centro de la mayoría de los programas terapéuticos para el tratamiento del alcoholismo, particularmente en España (Gual, A., Martínez, M., Ortega, L. y Bach L., 1992) y el hecho de que las mujeres se adhieren más tiempo y mejor a las terapias grupales se ha confirmado también en otros países y contextos (Moos, R.H., Moss, B.S. y Timko, C., 2006).

Las mujeres diagnosticadas con dependencia del alcohol grave que necesitan tratamiento hospitalario para la desintoxicación, suelen ser más jóvenes y tienen tasas más altas de abuso de benzodiazepinas y trastornos de la personalidad que los hombres, sin embargo, muestran mayor colaboración y se benefician más de la terapia.

Además, las mujeres que abusan de las benzodiazepinas muestran menores tasas de deterioro cognitivo que los hombres.

Las mujeres alcohólicas con severas condiciones orgánicas que requieren tratamiento hospitalario, por lo general tienen un historial médico con más intentos fallidos de tratamiento para la dependencia del alcohol que los hombres, y su pronóstico es igualmente desfavorable.

Las mujeres alcohólicas disponen de mecanismos psicológicos que les permiten mantener a los 20 años del tratamiento unas tasas de abstinencia muy superiores y de mortalidad inferiores a los hombres (Gual, A., Bravo, F., Lligoña, A. y Colom, J., 2009).

Además, los factores de riesgo de recaída pueden ser distintos en ambos sexos: el hecho de estar casado protege a los hombres, pero no a las mujeres, en las que los acontecimientos adversos no tienen un papel tan importante (Schneider, K.M., Kviz, F.J., Isloa, M.L. y Filstead, W.J., 1995).

Siguiendo con la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (EDADES 2013-2014) los datos indican que la edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores de la encuesta. Las bebidas alcohólicas siguen siendo una de las drogas de inicio más temprano (a los 16 años y 7 meses).

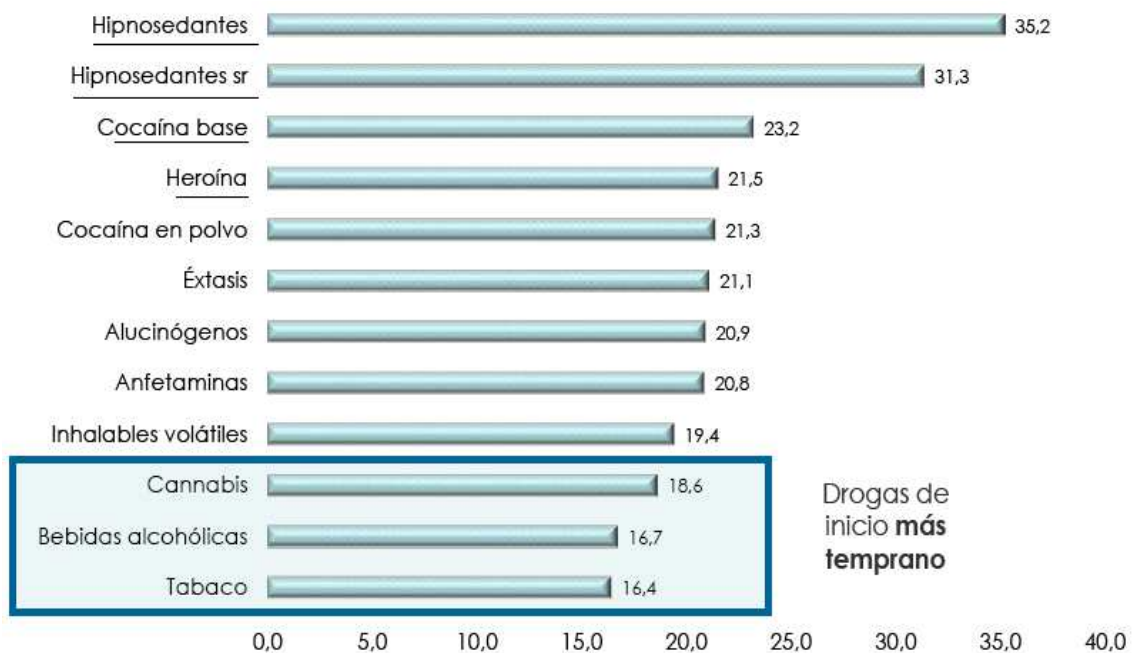


Figura 6: Edad media en el inicio en el consumo de drogas

Por otra parte, las tendencias de consumos de bebidas alcohólicas por frecuencia de consumo, no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas pero en niveles elevados.

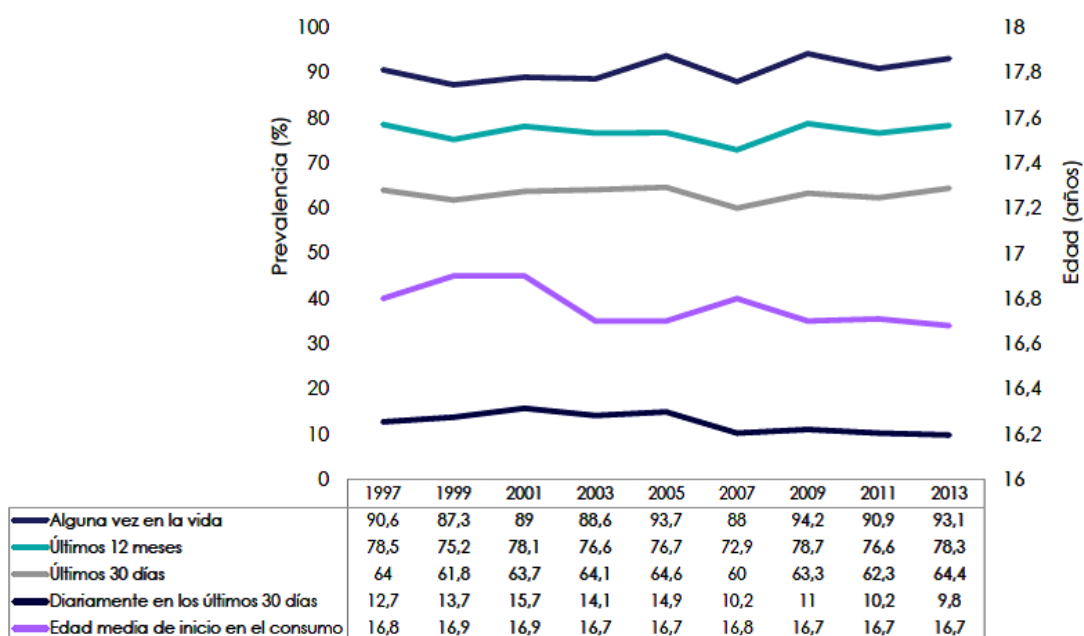


Figura 7: Evolución del consumo de bebidas alcohólicas

Por otro lado, la prevalencia de intoxicaciones etílicas, popularmente “borracheras”, muestra una tendencia estable, 2 de cada 10 personas se han emborrachado en el último año (figura 8). El 15,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alcohol en atracón en el último mes. Las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de adultos jóvenes de 15 a 29 años. Por su parte el botellón se concentra en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 24 años.

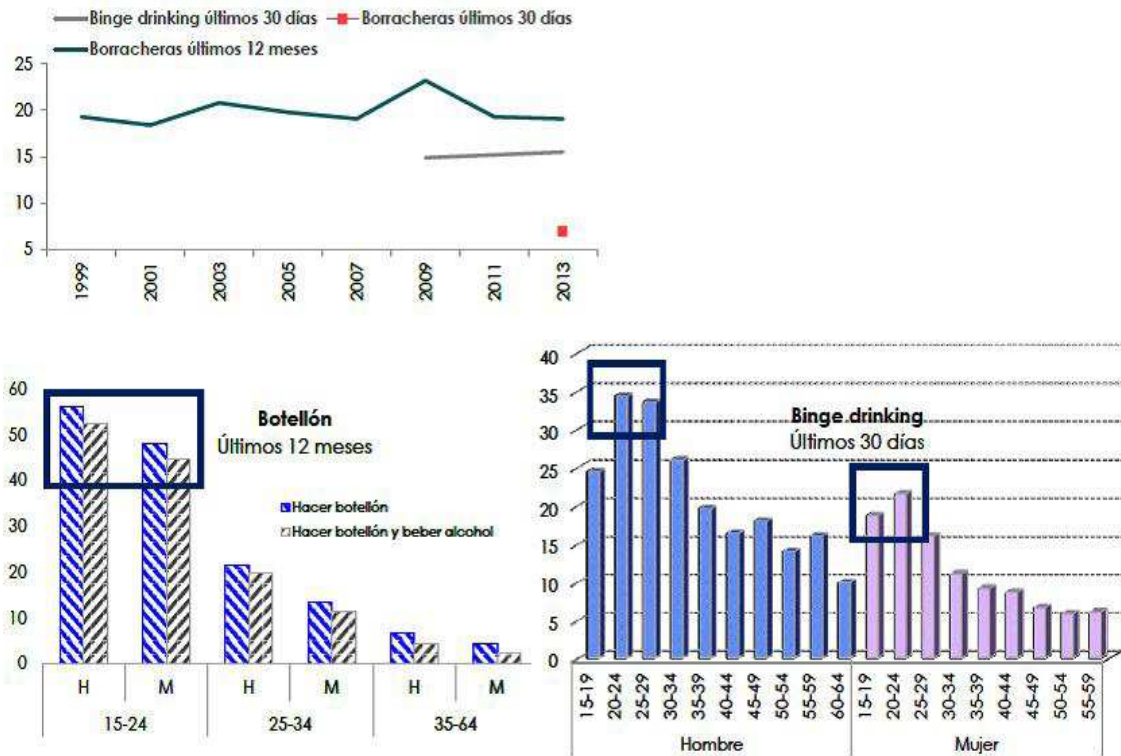


Figura 8: Borracheras / Alcohol en atracón / Botellón

En España, la situación actual del consumo de alcohol refleja que el patrón *binge drinking* (tomar grandes cantidades de alcohol en cortos períodos de tiempo) es el que más contribuye al riesgo global derivado del consumo de alcohol.

Otros datos acerca del consumo de riesgo/perjudicial del alcohol, reflejan que en la población de 15 a 64 años, utilizando el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), tienen un consumo problemático de alcohol el 4,9% de los encuestados, de los cuales presentan consumo de riesgo el 4,5% (1.600.000 personas, 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y presentan una posible dependencia el 0,4% (120.000).

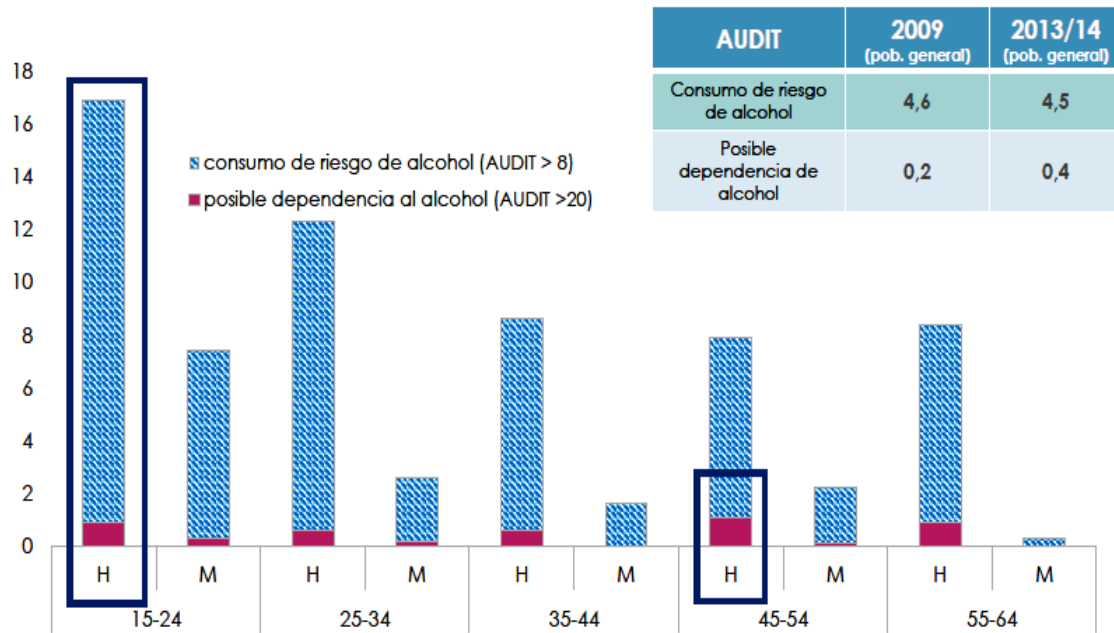


Figura 9: Consumo de riesgo de alcohol en la población que ha respondido AUDIT

Por otro lado, y según la última encuesta (EDADES 2013-2014), el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos (consumo de varias sustancias). Y es que, el consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (binge drinking e intoxicaciones etílicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

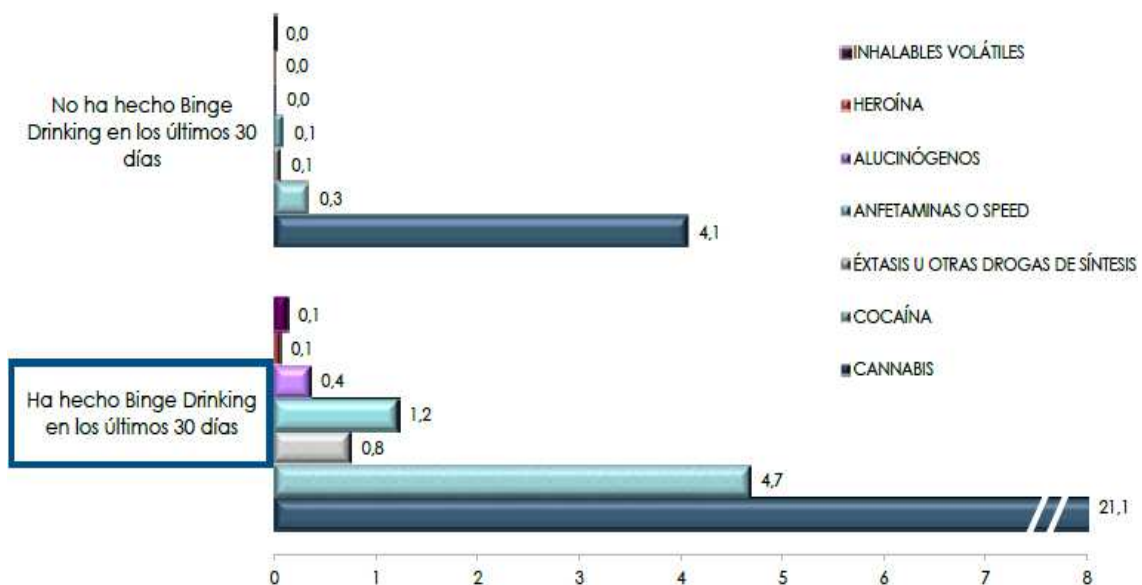


Figura 10: Policonsumo y binge drinking

En España también se realiza desde el año 1994, una Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España (ESTUDES). En la última encuesta realizada (ESTUDES 2012/2013) se llega a las siguientes conclusiones:

Aumenta el consumo de alcohol, a expensas, especialmente, de los más jóvenes (14 y 15 años). El consumo intensivo, borracheras y *binge drinking*, es muy frecuente y se asocia a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo), como hemos visto anteriormente en la población general. Aumenta la presencia de las chicas, a las edades más tempranas (14, 15 y 16) para patrones de consumo intensivo. Más de la mitad de los jóvenes (14-18 años) han hecho “botellón” en el último mes, en concreto, a los 14 años, 1 de cada 4. Y los menores obtienen alcohol con mucha facilidad y su percepción de riesgo es baja.

Más específicamente, el VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009-2013), aporta datos relativos a la población de dicha Comunidad Autónoma:

- El consumo habitual de bebidas alcohólicas en Castilla y León se encuentra ligeramente por encima de los promedios de España, siendo más acusada esta diferencia en el consumo de alcohol en la población de estudiantes de 14 a 18 años.
- Además, en esta comunidad autónoma, el alcohol sigue siendo la droga socialmente más aceptada como consecuencia de una profunda y consolidada raigambre cultural. Prueba de ello es que a un escaso 25,7% de la población general le parece mal que otros consuman bebidas alcohólicas y a un 39,6% el consumo propio. Es significativo el alto grado de indiferencia (“le da igual”) que suscita el consumo ajeno (44,4%), que es la opción más elegida por la población de 14 a 70 años. Analizando las respuestas en función del sexo, se aprecia que los hombres son significativamente más tolerantes con el consumo de alcohol que las mujeres.
- En cuanto a la demanda directa de bebidas alcohólicas, según los últimos datos del Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, el consumo per cápita de alcohol puro ha evolucionado

positivamente en Castilla y León, pasando de 9,72 litros de alcohol puro en 2004 a 8,73 litros en 2006.

- Y en lo que se refiere al análisis del tipo de bebida alcohólica consumida se desprende que han descendido las compras de todo tipo de bebidas excepto de la cerveza, que ha supuesto un aumento del 23%.
- La mayor parte de la población general de Castilla y León consume bebidas alcohólicas de forma ocasional, es decir, con una frecuencia inferior a una vez al mes, o de forma habitual o semanal.
- El *consumo ocasional* de bebidas alcohólicas mantiene una tendencia ascendente estadísticamente significativa, pasando del 16,6% en 1989 al 40,3% en 2008, desde que se iniciaron las encuestas a la población general. Mientras que el *consumo habitual* ha descendido de modo considerable en los últimos cuatro años, pasando del 51,8% en 2004 al 35,6% en 2008. También es significativo que en los últimos cuatro años el porcentaje de personas que consumen habitualmente bebidas alcohólicas los fines de semana haya descendido (del 49,8% al 31,7%) así como el porcentaje de los que consumen habitualmente en días laborables (del 43,8% al 27,2%) y el de las que beben a diario (del 19,8% al 9,8%). Sin embargo, se puede considerar que el 6,1% de la población general encuestada en 2008 es *consumidora problemática* de alcohol.
- En la población general, la frecuencia e intensidad del consumo de bebidas alcohólicas ha evolucionado positivamente en ambos sexos entre los años 2004 y 2008. Además el consumo está significativamente más extendido entre los hombres que entre las mujeres, con excepción del consumo en ocasiones especiales en el que hay un predominio femenino. Las diferencias intersexuales en el consumo de alcohol son más acusadas para los consumos más frecuentes e intensos, mientras que son menores en la cantidad de alcohol consumido entre los más jóvenes (14 y 19 años).
- En función de la edad, el consumo de bebidas alcohólicas en la población

general de Castilla y León presenta dos patrones bien diferenciados: los consumos de riesgo, intensos y problemáticos de alcohol, fundamentalmente los fines de semana que son más frecuentes entre los 20 y 29 años, con extensión también a los 14-19 años; mientras que los consumos diarios son mayoritarios a partir de los 50 años. Por encima de los 29 años el consumo habitual de bebidas alcohólicas disminuye con la edad, todo lo contrario que el consumo diario, que aumenta a medida que lo hace la edad de las personas encuestadas.

- Una forma de valorar las consecuencias negativas de la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas en la población, es analizar el indicador de admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas, lo que permite evaluar una de las principales complicaciones del abuso de alcohol como es el síndrome de dependencia alcohólica. Según los datos del Sistema de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL), la proporción de admisiones a tratamiento por abuso de alcohol ha aumentado en el periodo 2004-2007, registrando su valor mínimo en 2005 con el 22,3% del total de las admisiones a tratamiento, y el valor máximo en 2007 con el 25,4% (Junta de Castilla y León. Informe anual del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León, 2004 y 2005. Documento autoeditado; Junta de Castilla y León. Informe anual del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León, 2006 y 2007).

Sin embargo, el perfil de las personas atendidas se mantiene estable a lo largo del tiempo y se caracteriza por los siguientes rasgos:

- Un 88,8% de las personas admitidas a tratamiento tiene la nacionalidad española, aunque se observa una tendencia creciente en el número de inmigrantes (del 6,3% en 2004 al 10,1% en 2007).
- Los hombres representan el 84,4% del total de las admisiones a tratamiento, lo que supone una razón de 5,4 hombres por cada mujer.
- El 84,2% de las personas en tratamiento reside en su casa, aunque hay que destacar que se duplica el porcentaje de individuos que refiere haber estado

en prisión o en centros de reforma.

- Dispone de empleo el 46,4% de los pacientes, observándose una mejora progresiva de la formación académica, de modo que en 2004 el nivel de estudios más frecuente fueron los estudios primarios (41,5%) y, en 2007, los estudios secundarios (44,9%).
- La edad media de las personas en tratamiento se encuentra en los 43 años, sin que se hayan detectado cambios relevantes en el periodo de tiempo analizado.
- Las personas dependientes del alcohol atendidas en 2007 se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas a los 16,7 años, existiendo diferencias significativas en función del sexo, de forma que los hombres se inician en el consumo tres años antes que las mujeres. Por otra parte, la edad media de inicio en el consumo problemático de alcohol se sitúa en los 28,5 años.
- Al analizar la patología relacionada con el consumo de alcohol, se observa que los trastornos mentales aparecen en primer lugar con una prevalencia máxima del 31,7% en 2006 y mínima del 24% en 2007.

2.2. SÍNDROME DISEJECUTIVO Y ALCOHOLISMO

El estudio del déficit cognoscitivo asociado al consumo de alcohol cuenta con una larga tradición. Así a finales del siglo XIX se describió el síndrome de Wernicke-Korsakoff asociado al consumo crónico de alcohol, que cursa, básicamente, con un deterioro grave de la memoria.

Las repercusiones negativas del uso abusivo de alcohol sobre la estructura y el funcionamiento del Sistema Nervioso Central han sido ampliamente demostradas desde entonces. En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto la relación entre una ingesta abusiva de alcohol y déficits en determinadas áreas cerebrales, como el neocórtex, el hipocampo o los lóbulos frontales (Guerra y Pascual, 2010; Kalechstein y van Gorp, 2011; Maurage, et al., 2012; Moselhy, Georgiou y Kahn, 2001; Pfefferbaum,

Sullivan, Mathalon y Lim, 1997).

En diversos estudios se observa que en torno a un 75% de los alcohólicos manifiestan disfunciones neuropsicológicas significativas como consecuencia del consumo de alcohol, en áreas como las capacidades visoperceptivas, visoconstructivas, mnésicas, ejecutivas, de abstracción y solución de problemas (González, N. L., Montalvo, J. F., & Ustárroz, J. T., 2004; Roehrich y Goldman, 1993). Además el etanol (CH₃, CH₂, OH) es el responsable de la mayor parte de los trastornos de deterioro cognitivo secundarios a drogas (Rubio, G., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M.A., Palomo, T., 2001).

Por lo tanto, los resultados encontrados en los diferentes estudios constatan la existencia de diferentes alteraciones neuropsicológicas en los alcohólicos. Dichos estudios han partido de tres hipótesis relativas a la acción o el efecto del alcohol sobre el sistema nervioso central:

La primera, conocida como *Hipótesis del Continuo*, parte de la idea de que el deterioro cognitivo encontrado en los alcohólicos forma parte de un continuo en cuyo polo inferior se encontrarían los bebedores ocasionales y en el superior los afectados por el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Esto explicaría que los déficit cognitivos hallados en alcohólicos crónicos sean inferiores a los encontrados en los pacientes con síndrome de Wernicke-Korsakoff (Ryback, 1971). Así, Parsons (1986,1994) señala que parece lógico aceptar que los desórdenes mnésicos y cognitivos que caracterizan al síndrome de Wernicke-Korsakoff pueden no aparecer de forma aguda en los alcohólicos crónicos, sino que se van manifestando lentamente a lo largo de años de consumo abusivo de alcohol.

La segunda, denominada *Hipótesis del Envejecimiento Prematuro* o *Hipótesis de Daño Cerebral Difuso*, plantea que todas las áreas cerebrales sufren un deterioro similar gradual como consecuencia de los efectos tóxicos del alcohol. Aquellos que participan de esta hipótesis plantean que los alcohólicos crónicos mostrarán déficit similares a los encontrados en la vejez. Es más, los alcohólicos crónicos con severos déficit cognitivos se asemejarán a los pacientes afectados por demencia causada por un deterioro cerebral generalizado. Resultados congruentes con esta hipótesis fueron

encontrados por Nilsson, Backman y Karlsson (1989). Esta hipótesis, propuesta por Parsons y Leber (1982), Ryan (1982) y Ryan y Butters (1986), se ha desarrollado en dos versiones. La primera, *envejecimiento acelerado*, supone que el alcoholismo genera cambios precoces tanto neuroanatómicos como conductuales asociados con la vejez; es decir, cognitiva o neuropsicológicamente, los alcohólicos se convierten en viejos antes de tiempo. La segunda interpretación, *incremento de la vulnerabilidad*, propone que el cerebro de edad avanzada es más vulnerable a los efectos de las sustancias tóxicas, incluyendo el alcohol, que el de las personas jóvenes. De esta forma, a la pérdida de la funcionalidad asociada a la edad se suman los efectos del abuso del alcohol. Por lo tanto, esta versión predice que los alcohólicos mayores mostrarán más deterioro que las personas de la misma edad no alcohólicas y que los jóvenes alcohólicos (Oscar-Berman, 1990; Oscar-Berman, Hutner y Bonner, 1992).

Por último, la *Hipótesis del Hemisferio Derecho* sugiere que los individuos con alcoholismo crónico muestran un deterioro desproporcionadamente mayor en las funciones del hemisferio derecho en comparación con las funciones del hemisferio izquierdo (Bertera, J. H., & Parsons, O. A. (1978); Miglioli, M., Buchtel, H. A., Campanini, T., & De Risio, C. (1979); Jenkins, R. L., & Parsons, O. A. (1981)). Existen dos aproximaciones a esta hipótesis. La versión “*dura*” señala que el alcohol provoca cambios electrofisiológicos y neurodegenerativos que se expresan de forma asimétrica y más pronunciadamente en el hemisferio derecho del cerebro (Porjesz y Begleiter, 1985; Begleiter y Porjesz, 1988), como consecuencia de ello el patrón de déficit neuropsicológico de los individuos alcohólicos crónicos es similar al encontrado en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho. La versión “*blanda*” sostiene que, a pesar de que las alteraciones biológicas de ambos hemisferios son comparables en tipo y extensión, los procesos mediados por el hemisferio derecho son más vulnerables y susceptibles a los efectos del alcohol que los del hemisferio izquierdo. Según esta segunda versión, la evidencia de una mayor disfuncionalidad del hemisferio derecho se pone de manifiesto en que los alcohólicos crónicos muestran mayores dificultades en las tareas visoespaciales (mediadas por el hemisferio derecho) que en las verbales (mediadas por el hemisferio izquierdo) (Ellis y Oscar-Berman, 1989; Cermak, 1990; Oscar-Berman, 1990; Knight y Longmore, 1994).

Estas hipótesis deben ser entendidas como distintos modelos interpretativos que integran hallazgos neuropsicológicos, ya que ninguna de ellas parece explicar de manera plena y satisfactoria las diferentes alteraciones encontradas en sujetos con consumo crónico de alcohol (Knight y Longmore, 1994; Rubio et al., 2001).

El consumo crónico de alcohol produce alteraciones morfológicas y neuroquímicas en el SNC tanto de humanos (Charness, 1993) como en animales de experimentación (Walker, Hunter y Abraham, 1981) y ocasiona modificaciones estructurales en el SNC aunque estos efectos no son uniformes en las diferentes estructuras cerebrales.

Estudios de neuroimagen y post-mortem indican que el uso crónico de alcohol induce cambios globales en la morfología del cerebro, como la atrofia cortical y subcortical. Estudios recientes han demostrado que las estructuras del lóbulo frontal son específicamente susceptibles a daños cerebrales relacionados con el alcohol y la reducción en esta área es en gran parte debida a una pérdida de sustancia blanca. Esto puede explicar la alta incidencia de la disfunción cognitiva observada en los alcohólicos (Alexander Kaufman, K., James, G., et al., 2006).

El consumo crónico de alcohol produce una hipersensibilización compensatoria del receptor NMDA para el glutamato, lo que se traduce en un elevado incremento de la acción excitatoria de éste en situaciones de abstinencia (Guerra, C., 2000; Crews, F.T., 1999). La sobreexcitación de dichos receptores conduce a la acumulación masiva de calcio intracelular y eventualmente a la muerte de la célula. Este mecanismo se ha relacionado, en el espectro de trastornos por abuso de alcohol, con la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, el delirium tremens, el síndrome alcohólico fetal y el deterioro cognitivo por abuso de alcohol. Por otro lado, la metabolización del etanol produce un aumento en la generación de radicales libres susceptibles de causar daño neuronal (Guerra, C., 2000; Crews, F.T., 1999) y una disminución paralela de las concentraciones de varias sustancias antioxidantes, dando como resultado una situación de estrés oxidativo.

Tanto en los animales como en los seres humanos, se producen alteraciones específicas en la función y morfología del diencefalo, estructuras del lóbulo temporal, el prosencéfalo basal, la corteza frontal y el cerebelo, mientras que otras estructuras

subcorticales, como el núcleo caudado, parecen estar relativamente a salvo. Las alteraciones neuropatológicas de la función de las estructuras mesencefálicas y corticales correlacionan con alteraciones en los procesos cognitivos. En el cerebro de los alcohólicos, la corteza prefrontal y las áreas adyacentes parecen particularmente vulnerables al consumo crónico de alcohol, esté presente o no el síndrome de Korsakoff (Fadda, F., Rossetti, Z.L., 1998).

También se ha comprobado como sujetos alcohólicos adultos tienen alteraciones en el sistema frontoestriatal involucrado en la regulación de las respuestas impulsivas. Sin embargo, sigue siendo un tema controvertido si estas alteraciones reflejan rasgos preexistentes que predisponen al consumo problemático de alcohol o si son secundarios al consumo del alcohol (Heitzeg, M.M., Nigg, J.T., et al., 2010).

Al estudiar a pacientes alcohólicos sin daño neurológico también se han detectado déficit en el córtex prefrontal dorsolateral (la reducción del metabolismo, el flujo de sangre y el volumen de los tejidos) y estos déficits son acompañados por una menor densidad de neuronas y células gliales. Otra región prefrontal, la corteza orbitofrontal, funcional y estructuralmente diferenciada del córtex prefrontal dorsolateral, y muy involucrada en los procesos de toma de decisiones, también muestra alteraciones funcionales en sujetos alcohólicos (Miguel-Hidalgo, J. J., Overholser, J. C. et al., 2006).

Los circuitos Corticopontocerebelares y cerebelotalamocorticales suponen la base de una amplia gama de procesos neuropsicológicos comprometidos con el alcoholismo. Cada nodo principal de circuitos frontocerebelares muestra un déficit de volumen en los alcohólicos, pero se puede comprometer de forma independiente. La alteración de estos circuitos relacionados con el alcoholismo puede ser la base de los déficit neuropsicológicos, ya sea por anomalías presentes en los nodos individuales o por desconexión a través de la interrupción del circuito selectivo (Sullivan, E. V., 2003).

La mayoría de las investigaciones en este campo señalan la existencia de un deterioro específico en la memoria de trabajo y en las funciones ejecutivas (González, N. L., Montalvo, J. F., & Ustárrroz, J. T. (2004)):

➤ DÉFICIT DE MEMORIA

El estudio de la memoria ocupa un lugar significativo dentro del estudio de los déficit cognitivos en sujetos alcohólicos (Oscar-Berman y Ellis, 1987). Desde que en 1890 Sergei Korsakoff describiera por primera vez el síndrome amnésico que lleva su nombre, han sido muchos los estudios que tratan de determinar la afectación de esta función cognitiva en los alcohólicos.

Se ha encontrado en la aplicación de pruebas neuropsicológicas como las escalas de memoria del Weschler y la Figura Compleja de Rey, que los sujetos alcohólicos crónicos presentan dificultades y bajo rendimiento en la memoria y la capacidad de aprendizaje (Corral-Varela, M., Cadaveira, F., 2002).

El mayor acuerdo en los diferentes estudios se observa en la alteración de la memoria a corto plazo (Ambrose, Bowden y Whelan, 2001; Brandt, Butters, Ryan y Bayog, 1983; Mann, Gunther, Stetter y Ackermann, 1999; Nixon y Bowlby, 1996; Query y Berger, 1980; Tarquini y Masullo, 1981).

Además, las personas alcohólicas muestran disfunciones atencionales con alguna dificultad para focalizar la atención y una fácil distractibilidad (Ahveninen, J., Jääskeläinen, I.P., Pekkonen, E., Halberg, A., Hietanen, M., Näätänen, R., et al., 2000).

➤ DEFICIT EJECUTIVOS

El córtex prefrontal está considerado como la región cerebral con un desarrollo filogenético y ontogénico más reciente y, por lo tanto, el que mejor refleja nuestra especificidad (Goldman-Rakic, 1984). Desde un punto de vista funcional, puede afirmarse que en esta región cerebral se encuentran las funciones cognitivas más complejas y evolucionadas del ser humano, por lo que se le atribuye un papel esencial en actividades tan importantes como la creatividad, la ejecución de actividades complejas, el desarrollo de las operaciones formales del pensamiento, la conducta social, la toma de decisiones o el juicio ético y moral (Pelegrián, C., Martín, M., & Tirapu, J. (1995)). Los tipos de déficit que se atribuyen a lesiones del córtex prefrontal incluyen

un amplio abanico de alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas. Dentro de estas últimas destacan los déficit en las denominadas funciones ejecutivas.

El término “funciones ejecutivas” (Lezak 1982,1987) hace referencia a *“un conjunto de capacidades implicadas en la formulación de metas, en la planificación para su logro y en la ejecución de la conducta de un modo eficaz”*. Ello incluye, entre otros aspectos, la motivación, la conciencia de sí mismo, el pensamiento abstracto o la capacidad para iniciar, proseguir y detener secuencias complejas de conducta de un modo ordenado e integrado.

Varios estudios (Cutting, 1978; Goldstein y Shelley, 1980; Hill, 1980; Jones y Parsons, 1971; Long y McLachlan, 1974; Parsons, 1987; Smith, Burt y Chapman, 1973; Sullivan, Mathalon, Zipursky, Kersteen-Tucker, Knight y Pfferbaum, 1993) que se han dedicado a la evaluación específica de los déficit en las funciones ejecutivas han confirmado la presencia de dichos déficit en sujetos alcohólicos.

Las adicciones, por lo tanto, se relacionarían con un incremento de la sintomatología frontal, tanto mesial (apatía), como orbital (desinhibición) y dorsolateral (síndrome disejecutivo) y ello se traduciría en cambios en el patrón de personalidad previo (Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez-de-León, J. M., Olivar-Arroyo, Á., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2010)).

En algunas investigaciones se ha confirmado que los sujetos alcohólicos padecen el denominado Síndrome Disejecutivo (Baddeley y Wilson, 1988), caracterizado por un conjunto de alteraciones de las funciones ejecutivas, entre las que se encuentran:

- Dificultades para el inicio, la interrupción y/o el reinicio de la conducta.
- Problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención.
- Desinhibición.
- Inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas.
- Déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas.

- Falta de regulación de la conducta basada en los *feedbacks*.
- Dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos.
- Disminución en la producción fluida del lenguaje.
- Dificultades en la recuperación guiada de la información almacenada.
- Problemas en la atribución de estados mentales a los demás que, entre otros, incluye alteraciones en el razonamiento social (Muñoz Céspedes, J.M., 2004; Tirapu Ustárroz, J., Muñoz Céspedes, J.M., Pelegrín Valero, C., 2002; Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, R.J., 2006; Jódar Vicente, M., 2004; Estévez González, A., García-Sánchez, C., Barraquer Bordas, L.L., 2000).

Todos estos procesos cognitivos alterados están vinculados tradicionalmente a la actividad de los lóbulos frontales del ser humano. Así, la relación entre hipofunción dopaminérgica frontal, conducta disejecutiva y adicción ha sido bien documentada (Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., Casas, M., 2007).

En el estudio de los déficit neuropsicológicos hay que tener en cuenta una serie de factores que pueden influir en dichos déficit, como pueden ser: la historia de bebida y el patrón de consumo, edad, sexo, historia familiar de alcoholismo, comorbilidad psiquiátrica, uso concomitante de sustancias y complicaciones médicas asociadas.

- ❖ En cuanto a la historia de bebida y patrón de consumo existen diversos resultados:

Los mayores déficit suelen encontrarse en alcohólicos crónicos con muchos años de evolución, asumiéndose por lo tanto que el deterioro neuropsicológico aumenta con el tiempo de consumo y la cantidad de alcohol ingerida. Investigaciones posteriores fracasan a la hora de establecer una relación clara entre cantidad de alcohol ingerido y déficit cognitivo. Sin embargo algunos estudios sí han encontrado una moderada relación dosis-efecto en mujeres alcohólicas y alcohólicos jóvenes (Sullivan, E., Fama, R., Rosenbloom, M., Pfefferbaum, A., 2002; Eckardt, M.J., Stapleton, J.M., Rawlings, R.R., Davis, E.Z., Grodin, D.M., 1995). Otros autores subrayan que la existencia de episodios agudos de ingesta abusiva de alcohol puede conducir igualmente a daño

neuronal (Crews, F.T., 1999). Un área de estudio interesante, con respecto a este tema, es si el patrón de consumo es una variable relevante a considerar, con independencia de la cantidad de alcohol consumida (Kokavec, A., & Crowe, S. F., 1999), y cómo se relacionan los déficit encontrados en bebedores abusivos regulares y bebedores abusivos irregulares. Así, vemos como algunos autores proponen que la existencia de ciclos de intoxicación-abstinencia podrían constituir un importante factor de estudio de cara a explicar la variabilidad encontrada en las poblaciones de alcohólicos (Rintala, J., 2002). Dado que el síndrome de abstinencia implica hiperexcitabilidad y excitotoxicidad (Guerri, C., 2000; Crews, F.T., 1999) y se puede asociar a *delirium* y cuadros convulsivos, el número y gravedad de los síndromes de abstinencia en la historia clínica del sujeto ha sido considerado como variable de estudio (Sullivan, E.V., Marsh, L., Mathalon, D.H., Lim, K.O., Pfefferbaum, A., 1996; George, M.S., Teneback, C.C., Malcolm, T.J., Moore, J., Stallings, L.E., Spicer, K.M., et al., 1999). Además, existen evidencias clínicas y experimentales de que la sintomatología de abstinencia se agrava a medida que aumenta el número de episodios padecidos, hecho que podría explicarse por un mecanismo de *kindling* («encendido») que implicaría un incremento progresivo en la excitabilidad y responsividad neuronal.

- ❖ Con respecto a la relación entre edad y consumo de alcohol existen dos teorías importantes (Rintala, J., 2002):

La primera es la *teoría del envejecimiento acelerado*, y postula que el alcohol acelera el envejecimiento cerebral, de modo que sujetos alcohólicos muestran signos de atrofia comparables a los de sujetos no alcohólicos 20 años mayores. Numerosos estudios post mortem y de neuroimagen han corroborado la existencia de dicha atrofia; sin embargo, al contrario de lo que sucede con el envejecimiento cerebral natural, la atrofia inducida por alcohol es reversible (Tyas, S.L., 2001).

La segunda teoría propone la existencia de una *sensibilidad diferencial* entre sujetos jóvenes y ancianos a los efectos neurotóxicos del alcohol. En algunos estudios se encuentra que los sujetos ancianos muestran más cantidad de déficit y necesitan un período de recuperación mayor, para alcanzar niveles de

ejecución comparables a los de sus pares más jóvenes, hecho que se ha relacionado con una mayor falta de plasticidad neuronal (Rourke, S.B., Grant, I., 1999; Munro, C.A., Saxton, J., Butters, M.A., 2000). Pero por otro lado, existen interesantes evidencias de que el abuso de alcohol durante la adolescencia, cuando todavía no existe un historial de años de evolución en el consumo, provoca alteraciones neuropsicológicas (Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E., Delis, D.C., 2000). El abuso de alcohol en estas etapas podría ser crítico, dado que durante la adolescencia todavía se están produciendo cambios en lo que se refiere a organización y maduración cerebral.

❖ En cuanto al factor sexo:

Tradicionalmente se han encontrado datos según los cuales la mujer es más sensible a los efectos nocivos del alcohol que el varón en diversas áreas, tales como la hepática y la cardíaca, y también en lo que se refiere al establecimiento de la misma dependencia, en la que la mujer “quema etapas” más deprisa que el varón (Moral, M 2009). También se ha comprobado en otros estudios que ocurre lo mismo para los efectos del alcohol en el SNC (Hommer, D.W., Momenan, R., Kaiser, E., Rawlings, R., 2001; Sullivan, E., Fama, R., Rosenbloom, M., Pfefferbaum, A., 2002).

Por lo tanto, mientras que los hombres muestran un predominio más alto para el alcoholismo, son las mujeres las que tienen mayor riesgo de sufrir un daño físico asociado al alcoholismo. Es decir, aunque las mujeres generalmente consuman menos alcohol comparado con los hombres, por lo general, son las mujeres las que sufren un daño más severo en el cerebro y en otros órganos después de la intoxicación o del abuso crónico de alcohol (Ceylan-Isik, A.F., McBride, S.M., et al., 2010).

Los déficit neuropsicológicos más notables que se detectan en hombres alcohólicos, incluso después de un mes en abstinencia, son en el sistema ejecutivo, visuoespacial y en las funciones de marcha y equilibrio. Sin embargo, no tan bien establecidos están la gravedad y el perfil de los déficits persistentes en mujeres alcohólicas. En un estudio se examinan las funciones cognitivas y

motoras de 43 mujeres alcohólicas. Los resultados muestran que las funciones más afectadas en las mujeres que participan son las visuoespaciales y la memoria de trabajo verbal y no verbal, así como la marcha y el equilibrio. Las áreas más preservadas eran las funciones ejecutivas, la memoria declarativa, y las extremidades superiores de resistencia y velocidad. Los autores encontraron que el consumo de alcohol de por vida se relacionó con la gravedad de deterioro de los Cubos (prueba del WAIS) y la memoria de trabajo verbal y no verbal, lo que sugiere un efecto de la dosis de abuso del alcohol. Los déficits relacionados con el alcohol en la memoria de trabajo, visuoespaciales y el equilibrio implican la interrupción del área prefrontal, parietal superior y los sistemas cerebrales del cerebelo (Sullivan, E. V., Fama, R., et al., 2002).

En un estudio reciente en el que se comparaba la ejecución de chicos y chicas abusadores de alcohol en tareas de memoria espacial, se encontraron diferencias entre ambos géneros en la activación de los lóbulos frontal y temporal, así como en el cerebelo, mostrando las chicas una mayor vulnerabilidad ante los efectos neurotóxicos del alcohol y, como consecuencia, un peor rendimiento cognitivo (Squeglia, Schweinsburg, Pulido y Tapert, 2011).

❖ Historia familiar de alcoholismo:

Numerosos estudios han obtenido datos referidos a alteraciones electrofisiológicas en hijos de alcohólicos, como una menor amplitud en la P300, así como un menor rendimiento neuropsicológico, especialmente en relación a funciones en las que se halla implicado el córtex prefrontal (Moselhy, H.F., Georgiou, G., Khan, A., 2001; Díaz Hurtado, R., Gual Solé, A., Serrano Pariente, J., Costa Juste, S., Ferri Carbonell, M.J., Grau Fonollosa, C., 2001; Nixon, S.J., Tivis, L.J., 1997).

❖ Comorbilidad psiquiátrica:

Como hemos visto anteriormente, la existencia de comorbilidad psiquiátrica en alcohólicos es alta, especialmente en cuanto a cuadros depresivos y ansiosos, lo cual podría mediar en el rendimiento neuropsicológico y contaminar los resultados de rendimiento obtenidos en diferentes pruebas (Nixon, S.J., Tivis,

L.J., 1997; Kizilbash, A.H., Vnaderploeg, R.G., Curtiss, G., 2002). Especialmente significativo podrían ser los datos referidos a los trastornos por déficit de atención (TDAH) en la infancia y el diagnóstico de personalidad antisocial. Estudios de neuroimagen han puesto de manifiesto que la conducta agresiva y el trastorno de personalidad antisocial se relacionan con un importante grado de hipofuncionalismo frontal (Raine, A., Buchsbaum, M.S., Stanley, J., Lottenberg, S., Abel, L., Stoddard, J., 1994; Bassarath, L., 2001) evaluado mediante PET y SPECT.

❖ Uso concomitante de sustancias:

Es de esperar que, si el abuso de varias sustancias por separado provoca alteraciones funcionales y estructurales en el SNC, el abuso conjunto provoque mayores daños.

❖ Complicaciones médicas asociadas:

El abuso de alcohol provoca numerosas alteraciones en el organismo, algunas de las cuales son susceptibles de afectar al SNC y al rendimiento neuropsicológico. Entre ellos cabe destacar los déficit nutricionales y vitamínicos. Un ejemplo es el trastorno amnésico persistente o encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, complicación neurológica debida a déficit de tiamina (vitamina B1) y que se caracteriza por un fracaso de memoria anterógrada y retrógrada con conservación de la memoria inmediata y otras funciones cognitivas.

Otro factor más a considerar es la presencia de patología hepática, ya que el hígado es un órgano habitualmente dañado en alcohólicos crónicos y la presencia de cirrosis puede conducir a un cuadro de encefalopatía. La sintomatología característica incluye apraxia de construcción y dificultades en el habla, alteraciones del humor, conducta inadecuada, cambios en el ritmo del sueño, somnolencia, estupor, coma, y eventualmente, la muerte.

Otras complicaciones a tener en cuenta son la presencia de traumatismos craneoencefálicos, procesos infecciosos, episodios convulsivos, los accidentes cerebrovasculares y las alteraciones electrolíticas.

La investigación sobre la recuperación de las funciones cognitivas en alcohólicos

abstinentes ha mostrado que, en ocasiones, el claro deterioro que se objetiva en los alcohólicos en el período inmediato después de dejar de beber, con el paso del tiempo puede volver a la normalidad.

Hay una clara evidencia de que el rendimiento de los alcohólicos se deteriora en la primera semana de abstinencia, y que dicho rendimiento mejora, un mes después si mantienen la abstinencia (Knight, R.G. y Longmore, B.E., 1994).

Posteriormente, numerosos estudios confirman la hipótesis de que diversas alteraciones del funcionamiento neuropsicológico en alcohólicos mejoran con la abstinencia. En general, se observa una recuperación casi total en meses, y en estudios que evalúan recuperación en años, puede encontrarse una recuperación completa, o mejor dicho, en un grado tal que no se encuentran diferencias significativas con respecto a un grupo control no alcohólico (Redd, R.J., Grant, I., Rourke, S.B., 1992; Rourke, S.B., Grant, I., 1999).

Pero no todos los estudios han sido tan optimistas, y se ha encontrado persistencia en déficit de tareas de aprendizaje visuoespacial, memoria a largo plazo y otras (Schandler, S., Cohen, M.J. y Vulpe, M., 1996).

Lo que podemos concluir en este apartado es que debemos valorar la repercusión práctica de los factores cognitivos en los pacientes alcohólicos, ya que se demuestra que los pacientes sin déficits neuropsicológicos tienen un mejor pronóstico en relación al mantenimiento de la abstinencia (Monras, Freixa, Lligoña y Gual, 1999), pero también en las personas deterioradas deberemos implementar estrategias terapéuticas individualizadas, muchas veces orientadas a la disminución de riesgos (Monras, García, Torres, Gual y Ortega, 1998).

2.3. EL PAPEL DE LAS RECAÍDAS EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ALCOHÓLICOS

El tratamiento de la dependencia alcohólica es complejo, debido a la cantidad de variables que interactúan en la rehabilitación del alcohólico. Una etapa de especial

relevancia en dicho proceso es la del mantenimiento de la abstinencia, ya que es la etapa con mayor riesgo de recaída. Por ello se ha puesto especial hincapié en los programas de prevención de recaídas, incluidos como un componente más dentro de los paquetes de tratamiento.

Por lo tanto, la recaída es un aspecto esencial cuando se habla de cambio de hábito en las dependencias. En términos médicos, la recaída sería la recurrencia de los síntomas de la enfermedad, después de un período de mejoría. Adaptando este concepto a las dependencias, la recaída sería entonces *“un retorno a niveles de consumo, después de una tentativa de parar o disminuir el mismo, o bien el fracaso al intentar alcanzar objetivos establecidos por el individuo después de un período definido de tiempo”* (Jungerman, P., Laranjeira, R., 1999). La recaída es un regreso al uso de alcohol, de la misma manera que la persona usaba antes de iniciar un programa de tratamiento o rehabilitación. Es una vuelta a un patrón de conducta y/o consumo que existía antes de que la persona tomara la decisión de no consumir más, procurar ayuda y hacer un proceso de rehabilitación. Es decir, un paciente se puede considerar en recaída, porque retornó a presentar algunos de los comportamientos y actitudes disfuncionales que tenía previamente al tratamiento.

Para considerar que hubo una recaída en un paciente que inicia el proceso de rehabilitación, se exige que haya conseguido al menos dos meses de abstinencia. Si el tiempo es menor, se considera que el paciente está en el proceso de dependencia o de abuso de alcohol. La recaída, por lo tanto, es considerada una parte del proceso de rehabilitación y no el final del mismo, no significa que la persona haya fracasado y que no pueda recuperarse más adelante (Alonso Álvarez, A., 2011).

Se ha observado que la tasa de recaída es muy alta cuando no se realiza ningún tratamiento de acompañamiento a la abstinencia, pues el 90% de los pacientes vuelven a beber en los 4 años siguientes a la interrupción, de ahí la importancia de un seguimiento terapéutico a largo plazo (www.psicosite.com/tra/drg/alcoholismo.htm, obtenido 14 febrero 2008).

Los estudios muestran que del 54% de todos los alcohólicos y otros adictos se puede esperar la recaída, y que el 61% de ese número tendrán múltiples recaídas. No

es raro que los adictos recaigan dentro del mes que sigue al tratamiento, ni es poco común recaer 12 meses después del tratamiento, de hecho el 47% recaer dentro del primer año después del tratamiento (www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.html, obtenido 22 febrero 2008).

Por otra parte, los estudios de seguimiento (recuperación y recaída) indican que aproximadamente un tercio de los pacientes consiguen la abstinencia permanente con su primera tentativa seria en la recuperación. Otro tercio tiene episodios breves de recaída, que resulta eventualmente en abstinencia a largo plazo y un tercio adicional tiene recaídas crónicas, con recuperaciones transitorias (Gorski, TT., Kelly, J.M., Havens, L., 1993).

Hay que tener en cuenta que existen una serie de factores que pueden afectar negativamente en el tratamiento y favorecen las recaídas en el alcohol, por ejemplo, los déficits cognitivos asociados al abuso de alcohol, que aunque mejoran con la abstinencia, pueden influir en la eficacia del tratamiento y en las recaídas en el consumo (Calvo Botella, H., 2003).

Además de los déficit cognitivos existen otros factores que pueden intervenir en el proceso de recaída como puede ser la existencia de comorbilidad psiquiátrica, que implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad a causa de un escaso cumplimiento del tratamiento (Burns L, Teesson M, O'Neill K, 2005), elevando de forma importante las posibilidades de recaer en el alcohol. Además, el alcoholismo puede estar asociado específicamente a trastornos afectivos y trastornos de ansiedad. Los pacientes alcohólicos con ansiedad comórbida experimentan una abstinencia del alcohol más severa y una mayor tendencia a la recaída (Merikangas, K.R.; Stevens, D.; Fenton, B., 1996). El alcoholismo y los trastornos de ansiedad tienen un gran impacto en la sociedad y afectan a 17,6 millones y 40 millones de personas en los Estados Unidos, respectivamente. Por lo tanto, existe una fuerte comorbilidad entre el alcoholismo y los trastornos de ansiedad. De hecho, la ansiedad inducida por la abstinencia del alcohol es un factor primario que contribuye a la recaída, y los ansiolíticos son una terapia adyuvante común prescrita para los alcohólicos que buscan

e inician un tratamiento. También se cree que el uso de alcohol como una manera de automedicarse y aliviar la ansiedad contribuye al desarrollo de la adicción (van Rijn, R. M., Brissett, D. I., et al., 2010).

Por otro lado, los pacientes alcohólicos en recuperación precoz suelen presentar una baja tolerancia al estrés, y las situaciones estresantes van a aumentar el riesgo de recaída, activando el circuito que implica a la amígdala, el córtex frontal dorso-lateral, y los ganglios basales, lo cual se puede manifestar en forma de respuestas de craving (entendido como *“una experiencia subjetiva de deseo intenso de consumir, o de necesidad imperiosa, de autoadministrarse una determinada sustancia adictiva”*, Tiffany y Conklin, 2000), ante dichas situaciones estresantes (Anton, R.F., 1999). Por lo tanto, el estrés agudo además de provocar un deterioro significativo, aunque reversible, del funcionamiento prefrontal (Liston, McEwen y Casey, 2009; Arnsten, 2009), está relacionado con los procesos de adquisición, mantenimiento y abandono/recaída de las conductas adictivas (Schwabe et al., 2011).

Las características más importantes observadas en los alcohólicos durante un periodo inicial de abstinencia de alcohol son la alteración de las funciones fisiológicas y un estado emocional negativo. Las pruebas sugieren que una adaptación constante y acumulada que implica un proceso de “encendido” (kindling), se produce durante el transcurso de repetidas exposiciones al alcohol, lo que es crítico para los síntomas negativos observados durante el abandono de la sustancia. Estudios básicos han proporcionado pruebas de que neurotransmisores específicos dentro de zonas identificadas del cerebro son responsables de la emoción negativa inducida por la adaptación constante y acumulada que sigue a las exposiciones intermitentes al alcohol. Después de un periodo prolongado de abstinencia, la adaptación al alcohol acumulado incrementa la susceptibilidad al estrés, y los síntomas negativos activados por el alcohol y la búsqueda del alcohol, los cuales pueden facilitar la ingesta excesiva de dicha sustancia. En un alcohólico, las imágenes estresantes y las señales de alcohol alteran las respuestas fisiológicas, aumentando la emoción negativa y, por lo tanto, aumentando la ansiedad por beber (Breese, G. R. y Sinha, R. et al., 2011).

El alcohol afecta a la expresión de genes en varias regiones del cerebro, y

especialmente se ha estudiado el papel de la amígdala, ya que es una estructura clave en el sistema emocional del cerebro y en los últimos años su papel ha sido de crucial importancia en la búsqueda de la droga y en la recaída. En la amígdala el sistema de glutamato está involucrado en la adquisición, consolidación, la expresión y la extinción de aprendizaje asociativo, que es una parte vital de la adicción, y en personas que abusan del alcohol se asocia con la ansiedad de la abstinencia y la neurodegeneración (Kryger, R. y Wilce, P.A., 2010).

Hay investigaciones que estudian el papel de determinados metabolitos cerebrales como predictores de no abstinencia (Serrani Azcurra, D, 2013), encontrando que menores niveles de NAA (N-acetil-aspartato) comprometen el aprendizaje de rutinas de evitación del consumo, dado que el cerebelo interviene en memoria de trabajo y aprendizajes implícitos asociados al procesamiento de la recompensa (Schulte, 2012) a través de conexiones recíprocas entre los lóbulos frontal, parietal, temporal, estructuras subcorticales (Cummings y Mega, 1994) y la corona radiada. Esta alteración representa un punto vulnerable en el ciclo de abstinencia-recaídas propios de las adicciones (Salazar-Fraile, 2010; Durazzo, 2011; Joos, 2013).

Las alteraciones cerebrales ocasionadas por el consumo abusivo de alcohol pueden estar influidas por la presencia de determinados factores de riesgo o por el consumo de otras drogas de manera conjunta, sin embargo, un factor que determina en buena parte la presencia de estas alteraciones es la abstinencia alcohólica que prosigue al consumo, al menos, en sus fases iniciales (Neiman, 1998; Rathlev, Ulrich, Shieh, Callum, Bernstein y D'Onofrio, 2002; Rathlev et al., 2006). Una simple borrachera o un par de días de consumo elevado pueden ocasionar neurodegeneración en determinados circuitos cerebrales y provocar alteraciones cognitivas (Obernier, White, Swartzwelder y Crews, 2002), neurodegeneración que se manifiesta de forma temprana durante el consumo (Obernier, Bouldin y Crews, 2002) y que se puede ver agravada en las fases iniciales de la posterior abstinencia alcohólica manifestando sus efectos en el desempeño de los sujetos en diferentes tareas (Lukoyanov et al., 1999).

El alcohol consumido de forma aguda provoca deterioro de las funciones

cognitivas (Weissenborn y Duka, 2003) y este deterioro puede persistir en las fases iniciales de la abstinencia alcohólica (Zinn, Stein y Swartzwelder, 2004), como vimos anteriormente. No obstante, también se ha observado la persistencia de deterioro en algunos procesos cognitivos después de una abstinencia prolongada. Parece que se produce una rápida recuperación de algunas funciones neuropsicológicas mientras que otras son más resistentes a la recuperación (Mann, Günter, Stetter y Ackermann, 1999), por ejemplo, la memoria y las funciones ejecutivas, cuya recuperación es más lenta e incompleta (Munro, Saxton y Butters, 2000).

Frente a la recuperación que se produce tras la abstinencia prolongada, los pacientes que recaen muestran un declive que es más evidente en las tareas que exigen capacidades motoras (que son además las que muestran una menor mejoría con la abstinencia) (Amlacher, H., Wolfram, H., 1989; Drake, A.I., Butters, N., Shear, P.K., Smith, T.L., Bondi, M., Irwin, M., et al, 1995; Reed, R.J., Grant, I., Rourke, S.B., 1992).

Un reciente trabajo, en el que se analiza el papel de la edad y la longitud de la abstinencia en la recuperación neuropsicológica, confirma y amplía los hallazgos precedentes. Se aprecia una mejoría en la abstracción tras dos años de abstinencia, un empeoramiento en los test motores si se produce recaída y un nivel de rendimiento equiparable al del grupo de referencia tras cuatro años de abstinencia (Rourke, S.B., Grant, I., 1999). La edad parece desempeñar un papel relevante en el grado de recuperación, de modo que los sujetos de edad avanzada (mayores de 55 años) muestran una menor mejoría tras varios meses de abstinencia que los sujetos jóvenes (Munro, C.A., Saxton, J., Butters, M.A., 2000).

Partiendo de la idea de que algunos sujetos con dependencia del alcohol manifiestan déficits en alguna de las habilidades necesarias para mantener la abstinencia, la mayoría de los programas de intervención basados en los modelos de prevención de recaídas está dirigida al entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo, con el fin de conseguir la abstinencia a lo largo del tiempo. Sin embargo, para poder desarrollar estas estrategias, sería conveniente que el entrenamiento se iniciase cuando los déficits cognitivos hayan desaparecido o

mitigado. De hecho en los programas de rehabilitación, supone uno de los objetivos finales del tratamiento, llevándose a cabo en la última fase.

2.4. PERSONALIDAD Y ALCOHOL

Como tal el término “personalidad” etimológicamente procede de la palabra latina *persona* que se refería a las máscaras que los actores utilizaban en las representaciones teatrales. Posteriormente perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar a la persona real. Hoy en día es un término ampliamente extendido y se utiliza habitualmente en las conversaciones de la vida cotidiana, formando parte de nuestro lenguaje. A la hora de definir científicamente el término nos encontramos con que existen muchas definiciones del mismo, tantas como autores han escrito sobre el tema, una de ellas es la de Bermúdez (1996a) que define la personalidad como: *“Organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones”*.

La personalidad se va formando desde el nacimiento y sigue evolucionando a lo largo de toda la vida. Al estudiar el origen de la personalidad y los elementos que la integran, hay que tener en cuenta una serie de factores:

- En primer lugar el papel de la contribución genética, ya que la personalidad no se da en el vacío, sino inserta en un organismo, y es fruto, en parte, de la peculiar estructura y procesos fisicoquímicos que definen dicho organismo.
- Otro factor que condiciona la personalidad del individuo es el contexto cultural en que se desenvuelve su vida. Por lo tanto, la personalidad es fruto de y viene moldeada por el esfuerzo adaptativo que lleva a cabo el individuo para dar cuenta de las demandas que en cada caso la situación y la sociedad le plantea. Desde esta perspectiva el individuo es potencial de acción y adaptación y como tal actúa y se actualiza en interacción con el medio. La personalidad es en parte producto de las condiciones sociales propias del

momento histórico-cultural en el que a cada uno le toca vivir.

- Por último hay que tener en cuenta la peculiar idiosincrasia del individuo, los esfuerzos adaptativos que realiza el sujeto formando parte activa de su propio desarrollo. Las características particulares de cada individuo son moduladoras de la situación, de forma que pueda ser vivida como única, a pesar de que las propias características intrínsecas de la situación pueda ser común a otras muchas personas.

Desde los comienzos de la psicología de la personalidad, como disciplina de la psicología científica, uno de los objetivos predominantes ha sido describir la estructura de la personalidad y los elementos o rasgos fundamentales que la conforman. Los rasgos son descriptores que utilizamos para caracterizar la personalidad de los individuos. Los diferentes autores a lo largo del tiempo no se han puesto de acuerdo en lo que respecta al número de rasgos fundamentales que conforman la estructura de la personalidad, así Cattell propone que son 16, mientras que Eysenck considera que son 3.

A lo largo de los últimos años distintas investigaciones clínicas avalan la hipótesis de que existen rasgos característicos que definirían la personalidad del alcohólico, mientras que otros autores, defienden que el conjunto de rasgos observados podrían ser debidos a los efectos directos del consumo de alcohol sobre la biología, la capacidad operacional y relacional del sujeto y su entorno, pero que remitirían tras suspenderse el consumo de alcohol (Casariego, Morera, Henry, Valenciano, Bello y Cuesta, 1995).

En los estudios se ha observado que los alcohólicos, comparados con la población general, buscan más las novedades, son más individualistas, tienen mayor ansiedad anticipatoria, menos control de la conducta y son menos cooperativos (Mateos, J., Mateos, M., 2005). Sin embargo todos estos planteamientos se encuentran con la dificultad de poder separar la personalidad previa de la resultante de la adicción, por lo tanto las diferencias que se pueden hallar quedan con el interrogante de hasta qué punto han estado producidas por el consumo abusivo de alcohol o si eran un factor previo de riesgo de éste consumo.

Una de las variables más consistentemente vinculada al contacto temprano con las drogas, la repetición de los consumos y la progresión a la adicción ha sido la impulsividad (Verdejo, Lawrence y Clark, 2008). En el caso concreto de los trastornos por consumo de alcohol está bien establecido el eslabón entre rasgos de personalidad impulsivos y dichos trastornos (Blonigen, D.M., Timko, C., et al. 2009). Ahora bien, la impulsividad puede ser antecedente o consecuente del consumo crónico de alcohol. En el caso de ser un antecedente, estaríamos refiriéndonos a la impulsividad como un rasgo perteneciente a la estructura de personalidad del individuo, presente desde la adolescencia. Estas personas tienen más facilidad para utilizar el alcohol por sus efectos psicoactivos sin pensar en las consecuencias. El ejemplo más representativo que ilustra este tipo de casos es el de las personalidades de predominio antisocial, las cuales desarrollan un alcoholismo más rápidamente y de forma más maligna, acostumbran a tener más frecuencia de antecedentes familiares de alcoholismo o trastornos psiquiátricos y padecen lo que se ha venido en llamar alcoholismos tipo II (Penick et al., 1990) o tipo B (Babor et al., 1992). Cuando la impulsividad es posterior al consumo de alcohol, puede ser aguda, producida por el efecto desinhibidor del alcohol. Si se produce por el efecto crónico del alcohol podemos pensar que se relaciona o bien con la falta de control de su ansiedad o también podría favorecerse por la presencia de deterioro cognitivo del lóbulo frontal. En ambos casos el consumo de alcohol no hace sino empeorarla, por lo que la mera abstinencia ya es un primer paso para su control. Tanto si es previa como posterior la impulsividad se traduce conductualmente en una mayor dependencia al alcohol, ya que se busca un efecto más rápido y contingente y los síntomas son vividos de forma más aversiva, neurológicamente son más difíciles los razonamientos y la autocrítica y aumenta la desinhibición.

También, se ha comprobado que la búsqueda de sensaciones elevada está asociada con el desarrollo de la dependencia del alcohol, sin embargo apenas se ha estudiado en alcohólicos abstinentes a largo plazo. Varios estudios indican que en los casos en los que se presenta la búsqueda de sensaciones aparecen acompañados de fuertes ingestas de alcohol e intoxicaciones, por lo que se manifiesta un mayor índice de riesgo y consecuencias adversas, además de la adicción a la sustancia (Evren,

Dalbudak, Durkaya, Cetin y Evren, 2010; Lammers et al., 2011; YuYen, Chen, HungKo, Fang Yen y ChungChen, 2009). Los resultados sugieren que, o bien la búsqueda de sensaciones se normaliza con la abstinencia a largo plazo o que los niveles relativamente normales de búsqueda de sensaciones predicen la capacidad de alcanzar la abstinencia a largo plazo (Fein, G., Di Sclafani, V., et al. 2010).

La capacidad de empatía también se ve afectada en pacientes dependientes de alcohol. De hecho, un nivel bajo de empatía podría ser un rasgo psicológico típicamente observado en personalidades alcohólicas premórbidas (Martinotti, G., Di Nicola, M., et al., 2009).

A lo largo del tiempo se ha estudiado la relación entre personalidad y consumo de alcohol. Estos estudios destacan que los rasgos de personalidad se relacionan, particularmente, con conductas de riesgo, incluyendo el consumo de alcohol (Raynor y Levine, 2009). En las personas que poseen un rasgo de personalidad como la extroversión, se ha observado que entre mayor presencia de este rasgo, mayores niveles de consumo de alcohol (Hong y Paunonen, 2009; Raynor y Levine, 2009).

Se ha estudiado también la relación entre algunos rasgos de personalidad y la activación de determinadas áreas cerebrales. Por ejemplo, se ha encontrado que la extraversión se corresponde con la reactividad emocional frente a estímulos positivos que conlleva la activación de amplias zonas corticales, en tanto que el neuroticismo se relaciona con la activación de los lóbulos frontales y el lóbulo temporal izquierdo (Canli et al., 2001), así como con una actividad específica de la amígdala (Canli, Sivers, Whitfield, Gotlib y Gabrieli, 2002). Aunque ya está descartada la existencia de una personalidad “pretoxicómana” concreta (Vaillant, G., 1983; Vaillant, G.E., 1988 y Vaillant, G.E., 1980), son abundantes los estudios de cohorte que hallan que los rasgos antisociales (Grekin, E.R., Sher, K.J., Wood, P.K., 2006), la psicopatología (Kessler, R.C., 2004) o la genética (Rhee, S.H., Hewitt, J.K., Young, S.E., Corley, R.P., Crowley, T.J., Stallings, M.C., 2003; McGue, M., 1999) predicen el abuso a distintas sustancias, aunque todos ellos son factores poco específicos y que interaccionan con el ambiente (Kendler, K.S., Jacobson, K.C., Prescott, C.A. y Neale, M.C., 2003).

2.4.1. PATOLOGÍA DUAL

Los pacientes alcohólicos que acuden a solicitar tratamiento, presentan un elevado riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. En concreto, cuando una persona es adicta al alcohol o a otra droga, en el 30-75% de los casos presenta otro trastorno adicional (Casas, 1994; Ross, 1995). Esta cifra de comorbilidad psicopatológica está muy por encima de la tasa de prevalencia de trastornos mentales en la población general (15-20%) e incluso de la de otro tipo de pacientes no-adictos. En pacientes en tratamiento por adicción al alcohol, el 62,5% de ellos presenta patología dual. Entre ellos, el 44,3% presenta trastorno de la personalidad y el 20,3% restante presenta psicopatología exclusivamente del eje I (sobre todo trastorno del estado de ánimo y de ansiedad) (Caballo, 2011). Existen tres hipótesis que explicarían esta relación comórbida (Cervera G, Valderrama JC, Martínez-Raga J, Pérez-Gálvez B, 2002; Shivani R, Goldsmith J, Anthenelli RM, 2002):

1. Cada trastorno sería independiente el uno del otro, pero ambos interactuarían entre sí de tal forma que agravaría la situación clínica del paciente.
2. Las alteraciones psiquiátricas, como ansiedad o depresión, serían producidas por un consumo excesivo de alcohol, y cuyos síntomas remitirían con la abstinencia del tóxico (Feurlein W, 1982; Kaplan H, Sadock B, 2008)
3. Hipótesis de la automedicación, donde los pacientes utilizarían el alcohol como fármaco, es decir, para aliviar el padecimiento de la sintomatología de su enfermedad psiquiátrica (Rubio G, 2000; Pelicier Y, Archambault J, 1978).

Además, existen diferencias en cuanto al género, ya que el sexo femenino presenta una mayor comorbilidad psiquiátrica que el masculino (Zilberman ML, Tavares G, Blume SB, Guebaly N, 2003; Mann K, Hintz T, Jung M, 2004).

De forma específica, la comorbilidad más alta de la dependencia del alcohol se da con los trastornos de ansiedad (19,4%), con los trastornos afectivos (13,4%) y con la esquizofrenia (3,8%) (Casas y Guardia, 2002). En otro estudio de Sánchez Peña, JF, Álvarez Cotoli, P, Rodríguez Solano, JJ, 2012, se encontró que en la muestra estudiada los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al alcoholismo son los trastornos

de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%) y de ansiedad (18%). En la esquizofrenia la tasa de alcoholismo asociado es de un 11% y en los trastornos bipolares de un 9%. Después de dos años de seguimiento se obtiene que el 28% de los pacientes con patología psiquiátrica asociada a alcoholismo se encuentra en abstinencia frente al 41,90% de la muestra control. Evidenciándose así una peor evolución de los enfermos con patología dual.

Existe, por lo tanto, una elevada comorbilidad de la dependencia del alcohol con el estado de ánimo, la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad.

La comorbilidad psiquiátrica asociada al alcoholismo, también llamada patología dual conlleva una mayor probabilidad de problemas psico-sociales e interpersonales, de bajo cumplimiento terapéutico, de mayor riesgo de recaída en el consumo excesivo de alcohol y de mayor riesgo de suicidio (Kranzler et al., 1998).

Como hemos visto anteriormente, los rasgos de personalidad son *“patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”*. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (DSM-IV-TR, 2002).

Por lo tanto, los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad (DSM-IV-TR) son los siguientes:

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - 1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 - 2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 - 3) actividad interpersonal
 - 4) control de los impulsos

- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Los trastornos de la personalidad siguiendo el DSM-IV-TR, están organizados en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico de la personalidad:

- ❖ La definición que hace el DSM-IV-TR del Trastorno Paranoide de la personalidad es la siguiente: *“Desconfianza y suspicacia en general desde el comienzo de la vida adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diferentes contextos”*. Se evidencia desconfianza, hipersensibilidad a la crítica y tendencia a dar significado a los detalles. Las relaciones interpersonales tienen tinte autorreferencial y se basan en la subordinación, lo que explica el autoritarismo, la celotipia y la tendencia al litigio. Los individuos con este trastorno poseen un alto sentido de autonomía, aceptan difícilmente las críticas y frecuentemente culpan a los demás de sus propios errores. Pueden mostrar fantasías de grandeza no realistas y tendencia a desarrollar estereotipos negativos de aquellos que no pertenecen a su mismo grupo.
- ❖ Según el DSM-IV-TR el Trastorno Esquizoide de la personalidad se caracteriza por: *“comienza al principio de la edad adulta y se da en un patrón general de*

distanciamiento de las relaciones y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, en diversos contextos". Este trastorno se caracteriza principalmente por dos rasgos: la falta de relaciones interpersonales y el deseo de no tenerlas, siendo estas dos características su funcionamiento habitual y a largo plazo. Las personas esquizoides suelen ser vistas por los demás como excéntricas, solitarias o aisladas.

- ❖ El Trastorno Esquizotípico de la personalidad según el DSM-IV-TR consiste en: *"un patrón general de déficits sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la vida adulta y que se da en diversos contextos"*. La persona con trastorno Esquizotípico de la personalidad es aquella catalogada como "extraña", siendo comunes el pensamiento mágico y la despersonalización. Las distorsiones cognoscitivas suelen girar en torno a cuatro temas: 1) Ideación suspicaz o paranoide; 2) Ideación de referencia; 3) Creencias extrañas y pensamiento mágico; 4) Suelen experimentar ilusiones (ver personas en las sombras o en dibujos de una pared empapelada). El lenguaje es extravagante y tangencial (vago o minucioso) pero coherente y correctamente asociado.

El grupo B incluye los trastornos: Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista de la personalidad:

- ❖ La definición del DSM-IV-TR del Trastorno Antisocial de la personalidad es la siguiente: *"patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años"*. Las personalidades antisociales se caracterizan por dificultades en la adquisición de los aprendizajes normativos. Se evidencia una sensibilidad elevada y casi exclusiva al castigo/recompensa inmediata, y por tanto, inconstancia en su comportamiento y dificultad para anticipar las consecuencias negativas de sus comportamientos. La falta de empatía, el engreimiento y el encanto superficial son consideradas características esenciales.

- ❖ El Trastorno Límite de la personalidad se caracteriza por: *“un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la vida adulta y se da en diversos contextos”*. Es característica la intensidad de las reacciones emocionales y la inestabilidad del estado de ánimo (pueden pasar rápidamente del estado de ánimo deprimido a la agitación y a la ira; la impulsividad en cuanto a las acciones son reconocidas como irracionales y perjudiciales en un momento posterior) así como la variedad de sintomatología.

- ❖ El Trastorno Histriónico de la personalidad se define de la siguiente manera: *“patrón de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se da en diferentes contextos”*. Este trastorno se caracteriza por una conducta llamativa, dramática y extrovertida en personas de alta emotividad. A pesar de su llamativa personalidad, estar necesitados de afecto y atención y de sus comportamientos seductores, suele haber dificultades para establecer vínculos profundos y duraderos con las personas. Los individuos con Trastorno Histriónico se caracterizan por: cambios bruscos de estado de ánimo a partir de la percepción de detalles, su superficialidad, su aparente falta de sinceridad, su tendencia a refugiarse en la fantasía y la tendencia a deformar la realidad.

- ❖ El Trastorno Narcisista de la personalidad se caracteriza según el DSM-IV-TR por *“un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos”*. Una de las características esenciales de la persona con Trastorno Narcisista es el poseer una autoestima muy vulnerable y sensibilidad a las críticas que pueden llegar a obsesionarle y a experimentar sentimientos de humillación, con lo cual en algunas ocasiones reaccionará con rabia, ira,... Las relaciones interpersonales generalmente están deterioradas debido a la actitud pretenciosa y a la falta de interés por los demás.

Por último, el Grupo C incluye el Trastorno por Evitación, Dependiente y Obsesivo-compulsivo de la personalidad:

- ❖ Según el DSM-IV-TR el Trastorno de la personalidad por Evitación se caracteriza por *“un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos”*. Su temor al contacto social impide la adquisición de recursos de habilidades sociales de modo que lo habitual es que recurran a estrategias de evitación. Como consecuencia son personas que tienden a vivir aislados y que evitan el contacto social y recurren a mecanismos psicológicos de proyección y negación.
- ❖ Según el DSM-IV-TR el rasgo esencial del Trastorno de personalidad por Dependencia es *“una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos”*. El miedo a la soledad y la hipersensibilidad a la desaprobación son características esenciales de la persona con trastorno de personalidad por dependencia. Para superar estos temores se adhieren a las personas de forma dependiente pudiendo llegar a casos extremos de subordinación y obediencia con el fin de no perder la estima y aprobación por parte de los demás.
- ❖ Según el DSM-IV-TR el Trastorno Obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por *“un patrón estable de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, se da en diversos contextos”*. Las personalidades obsesivas no toleran la incertidumbre, tienden a trastornarse en situaciones en las que no es posible el control físico o interpersonal, pero la rabia no es expresada de forma abierta. Les aterra la posibilidad de la trasgresión del orden social y nunca experimentan estados placenteros; la expresión del afecto es controlada y presentan incomodidad ante personas que son más expresivas emocionalmente. Se caracterizan por la especulación y un estilo dubitativo de pensar en lugar de actuar.

En el DSM 5, los trastornos de la personalidad siguen estando organizados en los tres grupos anteriores, y la única diferencia es que pasan a incluirse en el eje I, junto con los trastornos mentales, el retraso mental y las enfermedades médicas.

Los trastornos de la personalidad se consideran como una contribución importante y/o factor predisponente en la patogenia, evolución clínica y en los resultados del tratamiento de la dependencia del alcohol. De acuerdo con los estudios clínicos y epidemiológicos, la prevalencia de trastornos de personalidad en alcohólicos se extiende desde un mínimo de 22-40% hasta un máximo de 58-78%. La literatura se ha centrado principalmente en los trastornos de la personalidad antisocial y el límite, sin embargo, casi todo el espectro de trastornos de la personalidad se puede encontrar en la dependencia del alcohol, como el dependiente, evitativo, paranoide, y otros. Por ejemplo, en los estudios de Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005, 2007, por un lado y en Fernández-Montalvo y Landa, 2003, por otro, la mayor comorbilidad aparece con los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, antisocial, paranoide y dependiente. Una serie de factores, tales como los métodos de muestreo, los criterios diagnósticos utilizados o los procedimientos de evaluación aplicados, pueden explicar esta amplia variedad (Mellos, E., Liappas, I., et al., 2010).

Los dos trastornos de personalidad que más relación tienen con la dependencia de alcohol son el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno de la personalidad antisocial (TPA). El abuso de sustancias se considera predictor de un TLP más grave, de un incremento de pensamientos y comportamientos autodestructivos y suicidad, y de un curso clínico más desfavorable (Millon, 2001). En concreto, se ha estudiado más ampliamente la comorbilidad del alcoholismo y el trastorno de personalidad antisocial. En los alcohólicos, así como en los individuos no alcohólicos con Trastorno de Personalidad Antisocial, los comportamientos de exposición se han asociado con la disfunción prefrontal del cerebro, tales como el aumento de la impulsividad y la disregulación emocional. Estos comportamientos pueden influir en los motivos de consumo de la sustancia y también en los patrones de consumo. El alcoholismo, las variables específicas de consumo (cantidad y duración del consumo excesivo de alcohol) y el TPA fueron predictores significativos de sistema frontal y alteraciones afectivas. Además, estos efectos fueron diferentes para hombres y

mujeres (Oscar Berman, M.; Valmas, M.M., et al., 2009). En otros estudios los trastornos por consumo de alcohol y el TPA comórbido se han asociado con la disfunción de la serotonina (5-HT). Los resultados apuntan que los receptores 5-HT₃ están aumentados por el etanol y parecen modular la recompensa (Ducci, F., Enoch, M.A., et al., 2009).

El amplio estudio de la comorbilidad psicopatológica tiene una significación clínica muy relevante, ya que dicha comorbilidad está asociada a una mayor probabilidad de problemas psicosociales e interpersonales y a un mayor riesgo de suicidio, así como a una menor adherencia al tratamiento y a una mayor dificultad en el mantenimiento de la abstinencia (Haver, 2003; Holdcraft, Iacono y McGue, 1998; Kranzler, Mason y Modesto Lowe, 1998; Rousaville, Dolinsky, Babor y Meyer, 1987).

Por lo tanto, la consideración de los trastornos de personalidad parece determinante para poder mejorar la adhesión al tratamiento (Fernández-Montalvo et al., 2004), así como toda la psicopatología que acompaña a los trastornos por consumo de alcohol y que dificulta el proceso rehabilitador.

Un autor que destaca por haber centrado su estudio en los trastornos de personalidad es Millon. Los aspectos fundamentales propuestos por Millon en su modelo son los siguientes:

- La utilización de una perspectiva teórica integradora: La integración es una de las características básicas del modelo de Millon, el cual propone la integración a varios niveles:
 - Integración entre la estructura y la dinámica de la personalidad, ya que nos interesa conocer la estructura básica de la persona, pero también su dinámica, su cambio.
 - Integración entre *la perspectiva nomotética* (que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc., es decir, se interesa por la generalización) y *la perspectiva idiográfica* (que centra su atención en las diferencias individuales, enfatizando que la personalidad de un individuo es

el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales).

- Integración entre diferentes modelos teóricos y diferentes perspectivas de intervención. Millon se basa en diferentes modelos teóricos como: “los tipos psicológicos” de Jung, el modelo interpersonal de Learly; el sistema clasificatorio del DSM; el “Proyecto para una psicología científica” de Freud; la sociobiología de Wilson y la combinación de la teoría evolucionista con la teoría de las diferencias individuales y los rasgos de personalidad de Buss. Estos enfoques no se limitan sólo a la teoría, sino también al encaje entre diferentes perspectivas de intervención, que Millon aconseja proponer para cada caso concreto.
- Otro aspecto fundamental de su teoría es la insistencia en el continuo “normalidad/patología”: en el modelo de Millon la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. Se entiende por Personalidad normal: los estilos distintivos de adaptación que resultan eficaces en entornos normales, mientras que los Trastornos de Personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual.

Hay que destacar también el concepto de Estilo y la importancia de los Prototipos a la hora de conceptualizar los trastornos de personalidad (Millon, 2002). Así, a lo largo de una dimensión se diferencian las reacciones y respuesta de la persona, los síndromes que presenta y sus rasgos de personalidad (Strak y Millon, 2007).

- La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución: la teoría de la evolución es la base que utiliza Millon para definir su modelo de la personalidad desde un nivel estructural y funcional, utilizando tres polaridades psíquicas (Millon y Grosman, 2006). La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie

frente a sus entornos habituales, por lo que los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo.

- Su filosofía multiaxial, que arranca con el DSM-III, ofrece la posibilidad de establecer diagnósticos de comorbilidad con los síndromes clínicos del Eje I. Además, la evaluación multiaxial rescata y defiende que lo verdaderamente significativo es la personalidad, donde se están produciendo esas conductas patológicas, de manera que hemos de “contextualizar” el síndrome y dotarle de sentido a través de la comprensión global de la persona que está sufriendo esos síntomas.

El área donde Millon ha realizado mayores aportaciones ha sido y es en el estudio de los Trastornos de Personalidad y la consideración de la personalidad como un constructo multideterminado y multirreferencial que puede ser estudiado y evaluado adecuadamente a través de una gran variedad de áreas personológicas. Millon define a cada trastorno de la personalidad en ocho ámbitos distintos: comportamiento observable, comportamiento interpersonal, estilo cognitivo, mecanismos de defensa, autoimagen, representaciones objetales, organización morfológica y estado de ánimo-temperamento.

Desde otro punto de vista, hay que hacer referencia al Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Robert C. Cloninger (1993, 1994,1997), el cual integra la personalidad en los componentes biológico y psicológico. Cloninger en su modelo hace referencia a dos conceptos: el Temperamento y el Carácter, y postula que el Temperamento está constituido por tres dimensiones de la personalidad: Búsqueda de novedades (NS), Evitación del riesgo (HA) y Dependencia de la recompensa (RD), cada una de las cuales estaría definida según un neurotransmisor específico presente en las vías neuronales del sistema cerebral. Posteriormente identificó un cuarto factor que denominó Persistencia (P). El Carácter, en cambio, estaría organizado en tres dimensiones, más determinadas por la interacción con el entorno, que describen los autoconceptos sobre uno mismo (Autodirección (S)); sobre la relación con los otros (Cooperación (C)) y con el mundo entendido como un todo (Autotrascendencia (ST)). Siguiendo este modelo, en diferentes estudios se ha encontrado que las características

principales del alcoholismo serían: la alta puntuación en Búsqueda de Novedades (\uparrow NS), baja Evitación del Riesgo (\downarrow HA) y la baja puntuación en Autodirección (\downarrow S) (Kampov Polevoy, Garbutt, Davis y Janowsky, 1998), confirmándose posteriormente estos resultados (Ruiz Sánchez de León et al., 2010). Esta baja Autodirección indicaría una mayor probabilidad de presentar trastornos de la personalidad, y describe una falta de control de la propia conducta (Basiaux et al., 2001).

La Búsqueda de Novedad (BN) se relaciona con el inicio temprano del consumo y el abuso de sustancias, mientras que la Evitación del Daño (ED) lo hace con el mantenimiento de la adicción y la dependencia (Howard, Kivlahan y Walker, 1997). Más específicamente, la BN ha mostrado relación con deterioro en funcionamiento ejecutivo y toma de decisiones en alcohólicos (Noël et al., 2011). La elevada BN asociada a alta ED (personalidades sensibles) parece más vinculada al abuso de alcohol (Svrakic', Cloninger, Svrakic', Lazic' Milivojevic' y Nastasic', 2010).

Por lo tanto, la adicción se explicaría por una incapacidad para desarrollar los mecanismos de control propios de la corteza prefrontal, tanto los de carácter impulsivo como los de carácter emocional, incapacidad que se vería agravada por la propia adicción (Pedrero Pérez, López Durán y Olivar Arroyo, 2011).

Desde el modelo de Cloninger (Cloninger et al., 1993), las diferencias individuales se deben a disparidades en los sistemas de adaptación implicados en la recepción, procesamiento y almacenaje de la información sobre el entorno. Las cuatro dimensiones del temperamento (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) se proponen vinculadas especialmente a la herencia genética y están relacionadas con el funcionamiento de neurotransmisores específicos (serotonina, dopamina, noradrenalina) responsables de la regulación de la conducta.

El uso repetido de sustancias psicoactivas modificaría los sustratos neurológicos de rasgos como la búsqueda de novedad y la evitación del daño (hipotéticamente, las funciones dopaminérgica y serotoninérgica) y ello puede suponer una mayor dificultad para gestionar estos cambios por parte del córtex prefrontal (declive en autodirección). De hecho, los datos sugieren que fallos en el funcionamiento del lóbulo

frontal suponen un hándicap para gestionar la interacción entre el individuo y su entorno, y ello tiende a traducirse en comportamientos desadaptativos y en manifestaciones psicopatológicas de todo tipo (Ruiz Sánchez de León, J.M., Pedrero Pérez, E.J., Olivar Arroyo, A., Llanero Luque, M., Rojo Mota, G. y Puerta García, C., 2010).

De hecho, los sujetos con un funcionamiento frontal inicialmente más precario (ya sea por encontrarse en plena maduración o porque ésta no se haya producido de manera óptima) serían más vulnerables a los cambios neuroquímicos y más proclives a desarrollar un patrón adictivo.

Lo que se ha constatado es la estrecha vinculación observada entre personalidad, sintomatología frontal y adicción al alcohol. Tomando en consideración las fuertes correlaciones observadas entre este rasgo caracterial y la sintomatología que sugiere disfunción en el lóbulo frontal, serían los fallos en los sistemas córtico-frontales encargados de la programación de la conducta los que explicarían, por una parte, los patrones rígidos de comportamiento (TP) y, por otra, la incapacidad para controlar los efectos reforzantes de las sustancias. La disfunción frontal explicaría, por lo tanto la pretendida «comorbilidad» entre trastornos a partir de un mecanismo etiológico común (Pedrero Pérez, E.J., Ruiz Sánchez de León, J.M., Olivar Arroyo, A., Rojo Mota, G., Llanero Luque, M. y Puerta García, C., 2011).

Los Trastornos por uso de Alcohol, particularmente en no abstinentes, se asocian con rasgos de personalidad desadaptativos y desinhibitorios, siendo más consistentes en los casos de comorbilidad. Estos patrones se asocian con disminución de NAA (N-acetil-aspartato) en la corteza prefrontal dorsolateral, corteza cingulada anterior y vermis cerebeloso. Estas modificaciones pueden desempeñar un papel en el mantenimiento o agravamiento del consumo o la recaída en el alcohol, mediados conjuntamente por alteraciones neurobiológicas y de personalidad (Serrani Azcurra, D, 2013).

Los rasgos del modelo de Cloninger correlacionan con la sintomatología disejecutiva que se estudia en esta investigación, y es que dicha sintomatología, en la que más adelante profundizamos, parece ser sinónimo de baja AD (Autodirección), y

se corresponde con conducta impulsiva (alta BN-Búsqueda de Novedades-), descontrol emocional (alta ED-Evitación del Daño-), inconstancia en tareas con gratificación demorada (baja PE-Persistencia-), desinterés por las necesidades ajenas (baja CO-Cooperación-) y preferencia por explicaciones mágicas o irracionales para resolver la incertidumbre (alta AT-Autodirección-) (Pedrero Pérez, E.J, Ruiz Sánchez de León, J.M, 2012).

2.5. TRATAMIENTOS DEL ALCOHOLISMO

Desde una aproximación funcional, el consumo de drogas es explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta. El consumo de drogas es un hábito sobreaprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales. Se entiende como resultado de alguna combinación o producto interactivo posible de ciertos factores control que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos (en el sentido de haber dispuesto o no de modelos reforzadores de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las drogas, etc.), un estado motivacional determinado (por ejemplo, condiciones de privación social, ansiedad, etc.), unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas (por ejemplo, ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.) y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la autoadministración de la sustancia. Desde esta perspectiva, las drogas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulares asociadas a éstos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de reforzamiento de modo que acabarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual (López y Gil Roales Nieto, 1996).

Partiendo de un enfoque biopsicosocial y multifactorial (según el cual el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, el contexto, la conducta y sus consecuencias), hay que considerar que

los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y que, por tanto, requieren con frecuencia un abordaje de igual modo multimodal, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales.

En la actualidad existen numerosos estudios que documentan la eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo (combinados o no con tratamiento farmacológico) en el tratamiento del alcoholismo. En concreto, las terapias que en la actualidad cuentan con mayor soporte empírico (Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I (Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I., 2008) son: la aproximación de reforzamiento comunitario (CRA), el manejo de contingencias, la terapia de exposición a pistas, la terapia cognitivo-conductual (el entrenamiento en habilidades sociales y la prevención de recaídas) y la terapia conductual familiar y de pareja. Además, todos estos programas coinciden en ser también los que ofrecen una mejor relación coste-beneficio (Roth y Fonagy, 1996).

1. APROXIMACIÓN DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO (CRA)

La aproximación de reforzamiento comunitario (*Community Reinforcement Approach*, CRA) (Hunt y Azrin, 1973) es el programa conductual que cuenta con mejor soporte empírico. Es un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional.

La CRA incluye los siguientes componentes:

- a) Uso de Disulfiram (Antabuse®), facilitado por una persona cercana al paciente, junto con el empleo de técnicas operantes para reforzar la adhesión. Este medicamento produce una reacción indeseable de rubor cada vez que el paciente consume alcohol. Por consiguiente, produce falta de deseo por beber y proporciona algunos controles externos sobre la conducta de consumo.

- b) Entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja: se entrena a familiares y amigos para que promuevan actividades sociales reforzantes para el alcohólico, que se habían perdido debido a la intoxicación.
- c) Establecimiento de un “club social abstemio”, el cual ofrece actividades sociales a los pacientes; también se instruye en habilidades de búsqueda de empleo para aquellos que no tengan trabajo.
- d) Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.
- e) Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber y para resistir la presión social.

Este tratamiento posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas que permite que se pueda considerar un programa bien establecido.

2. MANEJO DE CONTINGENCIAS

Desde esta perspectiva, se entiende el uso del alcohol como una conducta operante mantenida por los efectos reforzantes de la sustancia y por reforzamiento social. En general, estas terapias se caracterizan por el reforzamiento de la abstinencia o de otras conductas adaptativas por medio de reforzadores tangibles, como vales canjeables por bienes o servicios (Higgins y Petry, 1999).

Los resultados de las terapias para el alcoholismo que emplean el manejo directo de contingencias ofrecen resultados prometedores, sin embargo son catalogados como tratamientos en fase experimental ya que la escasez de los estudios publicados no permite establecer de manera precisa el grado de eficacia de tales programas.

3. TERAPIA DE EXPOSICIÓN A PISTAS (CET)

La terapia de exposición a pistas o señales (*Cue Exposure Treatment*, CET) invoca el condicionamiento respondiente para explicar la conducta de beber. Esto es, estímulos originalmente neutrales que preceden dicha conducta pueden, después de repetidos apareamientos, llegar a ser capaces de provocar respuestas condicionadas de consumo de alcohol.

Los objetivos de la CET son: enseñar a identificar las situaciones de alto riesgo; exponer al paciente a esos estímulos hasta que desaparezca el deseo por el alcohol y aprender estrategias cognitivas y de conducta para resolver adecuadamente las situaciones de alto riesgo.

4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los programas cognitivo-conductuales (*Cognitive-Behavioral Treatment*, CBT) se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de beber. Estos programas cobran importancia debido a que los déficit en habilidades de afrontamiento, que se pueden observar en estos pacientes, son considerados el mayor factor de riesgo para la bebida.

a) Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento.

Es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo. El planteamiento que subyace a esta estrategia terapéutica es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificulten un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber alcohol. El objetivo principal es dotar al

paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de beber.

b) Prevención de recaídas (PR)

El modelo de prevención de recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985) se puede considerar una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales que cuenta hoy en día con una eficacia demostrada. La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados y entrenamiento en solución de problemas.

5. TERAPIA CONDUCTUAL FAMILIAR Y DE PAREJA

Esta terapia se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares.

Las terapias familiares y de pareja son, en realidad, programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo, la asignación de tareas, el control estímulos, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (Epstein y McCrady, 1998; O'Farrell, 1995).

Otro tipo de terapias que se han empleado en el tratamiento del alcoholismo, a parte de las anteriormente mencionadas, son: los grupos de autoayuda, la terapia de grupo, terapia de grupo familiar/terapia familiar múltiple y las estrategias de reducción del consumo.

2.5.1. RED DE RECURSOS EN CASTILLA Y LEÓN

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo, establece las características fundamentales del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE). En el artículo 16 de la citada Ley, se estipula que el SAISDE se estructura, al menos, en tres niveles básicos de intervención, atribuyendo al Plan Regional sobre Drogas la tarea de desarrollar detalladamente el Sistema, con indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

El Sistema incluye tres grandes subsistemas de utilización pública a través de los cuales se articula una oferta asistencial suficiente y de calidad para el tratamiento de los problemas derivados del abuso y dependencia del alcohol, del tabaco y de las drogas ilegales. (En este trabajo, me centraré en desarrollar exclusivamente los subsistemas relacionados con la problemática del alcohol.)

Los tres subsistemas incorporan centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema de Salud y de Acción Social de Castilla y León, complementados con recursos privados debidamente acreditados.

PRIMER NIVEL

El primer nivel es la principal puerta de entrada al sistema y sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean al drogodependiente de entre todos los que forman parte de la red asistencial. Sus principales objetivos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios

especializados para iniciar tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de la persona drogodependiente y de su familia. Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías bien diferenciadas: recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y de Acción Social y recursos específicos con programas de atención al drogodependiente con distinto nivel de exigencia.

Los centros y servicios que configuran este nivel son los siguientes:

Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS):

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

Funciones:

- Diagnóstico precoz de problemas de abuso y dependencia de las drogas, en especial del alcohol y del tabaco.
- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar o continuar tratamiento.
- Consejo sanitario antitabaco en intervención mínima sistematizada en pacientes que fuman habitualmente.
- Intervención mínima o breve en pacientes que abusan del alcohol.
- Educación sanitaria para disminuir el riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas.
- Prevención, control y seguimiento, en estrecha colaboración con el nivel especializado del Sistema de Salud, de la patología somática asociada al consumo de drogas.

Derivaciones: A los centros específicos de primer nivel y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

Centros de Acción Social (CEAS):

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz de personas con problemas de drogodependencias.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Atención a la problemática social del drogodependiente y de su familia.
- Apoyo al proceso de integración social.

Derivaciones: A los centros específicos de primer nivel, a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel y a las consultas específicas de tratamiento del tabaquismo.

Centros Específicos de Primer Nivel (CEPN):

Los CEPN están gestionados en su mayor parte por asociaciones de alcohólicos rehabilitados y por asociaciones de ayuda mutua a personas dependientes de las drogas ilegales. Son el dispositivo de referencia en el primer nivel y a él deben derivarse los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos de primer nivel.

Se accede a este recurso directamente y por derivación del resto de los recursos del Sistema, en particular del primer nivel.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación, preferentemente activa, de personas con problemas de dependencia del alcohol y de las drogas ilegales.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Apoyo psicosocial al tratamiento ambulatorio especializado.

- Educación sanitaria para disminuir el riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas.
- Asesoramiento jurídico y orientación legal.
- Apoyo y asesoramiento a la familia y al entorno afectivo de la persona drogodependiente.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Derivaciones: A los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral:

Dichos servicios están gestionados por las organizaciones sindicales más representativas de Castilla y León.

Acceso: Directo o por derivación de delegados sindicales y de servicios de prevención de riesgos laborales.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación de trabajadores con problemas de abuso y dependencia del alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- Apoyo jurídico y mediación en los posibles conflictos laborales.
- Motivación y derivación de trabajadores que fuman y/o que abusan del alcohol a intervenciones mínimas o breves de consejo sanitario.
- Motivación y derivación de trabajadores dependientes de las drogas ilegales a centros y servicios específicos del segundo nivel asistencial para iniciar tratamiento.
- Orientación y apoyo a familiares de trabajadores con problemas de abuso y dependencia del alcohol, tabaco y drogas ilegales.

- Seguimiento de la situación laboral y del tratamiento seguido por el trabajador drogodependiente.
- Apoyo tutelado para la reincorporación al puesto laboral de trabajador drogodependiente rehabilitado.

Principales derivaciones: a los Equipos de Atención Primaria de Salud y a los centros y servicios de tratamiento especializado del segundo nivel asistencial.

Servicios de ayuda a distancia para dejar de fumar.

Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes en Juzgados (SOAD):

Acceso: Directo.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección y captación de personas con problemas de drogodependencias.
- Motivación y derivación de casos para iniciar tratamiento.
- Orientación legal al drogodependiente y a su familia.
- Asesoramiento en materia de drogodependencias a jueces, magistrados, fiscales y otros profesionales de la Administración de Justicia.

Principales derivaciones: A los Centro específicos de primer nivel y a los recursos especializados de tratamiento de segundo nivel.

Unidades móviles:

Las unidades móviles de atención a drogodependientes son vehículos polivalentes, de acceso por lo general directo, que desempeñan las siguientes funciones:

- Realización de tratamientos con sustitutivos de opiáceos.
- Toma de muestras y realización de pruebas diagnósticas.

- Cura de heridas leves por el consumo de drogas por vía intravenosa o por otras circunstancias.
- Primeros auxilios en casos como desmayos, crisis, fracturas o accidentes.

Principales derivaciones: a los CEPN y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

Servicios de emergencia social:

Su finalidad básica es conectar y acoger a la población drogodependiente, en especial aquella que presenta graves problemas de marginalidad y que es más resistente a establecer relación con el SAISDE, intentando atender sus necesidades básicas, mejorar su calidad de vida y, si es posible, ponerla en contacto con otros recursos de mayor exigencia de la red asistencial.

Acceso: Su accesibilidad y flexibilidad son máximas y su grado de exigencia es bajo.

Funciones:

- Suministro de preservativos, jeringuillas y otros útiles de consumo.
- Servicios de higiene personal y lavandería.
- Espacios de estancia y descanso, con la posibilidad de incluir zona de dormitorio en algunos casos.
- Suministro de comidas y bebidas.
- Suministro de diversa información útil, en especial sobre recursos asistenciales para drogodependientes.
- Educación sanitaria destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Atención sanitaria y a consultas de diversa índole: jurídicas, sociales, laborales, etc., sirviendo de nexo de unión entre la persona drogodependiente y el Sistema de Salud y de Acción Social.

Principales derivaciones: A los CEPN, al nivel de Atención Primaria del Sistema de

Salud y de Acción Social y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

SEGUNDO NIVEL

El segundo nivel del sistema es el eje sobre el que se vertebra buena parte del proceso de asistencia al drogodependiente a través de equipos ambulatorios interdisciplinarios, que son los encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento especializado.

La oferta de tratamiento del segundo nivel se caracteriza por su diversidad y globalidad, ya que en ella tienen cabida de una forma integral intervenciones sanitarias, psicológicas y sociolaborales. Igualmente, es característico de este nivel la flexibilidad de acceso y de enfoque terapéutico.

Los recursos que forman parte de este nivel presentan un diferente grado de especialización en drogodependencias, pudiendo agruparse de acuerdo con este criterio del siguiente modo:

- Recursos especializados de carácter general: Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias: CAD, UTA, servicios de tratamiento del tabaquismo, unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo, centros de día para drogodependientes y servicios asistenciales en centros penitenciarios.

Centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes (CAD):

Son el recurso de referencia en el segundo nivel para el tratamiento de la dependencia de las drogas ilegales. A los CAD se deben derivar los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del segundo nivel.

Unidades para el tratamiento del alcoholismo (UTA):

A la UTA se deben derivar los casos de dependencia del alcohol más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del segundo nivel.

Acceso: por derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabitación ambulatoria de pacientes con dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales asociados a la dependencia del alcohol.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: a las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, a los centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos y a los recursos generales y especializados de integración sociolaboral.

Servicios especializados de tratamiento del tabaquismo.

Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo.

Centros de día para drogodependientes.

Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD):

Acceso: Por derivación de los EAPS y de las UHP.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabitación de drogodependientes, especialmente de aquellos que presentan dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales del drogodependiente.
- Atención ambulatoria a las urgencias psiquiátricas provocadas por el abuso y dependencia de las drogas.

Principales derivaciones: a los CEPN, en especial a los específicos para pacientes con dependencia alcohólica; a las UTA; a los CAD y a los recursos del tercer nivel.

Servicios asistenciales en centro penitenciarios:

Ofrecen una variada gama de prestaciones asistenciales, algunas de ellas específicas, a la población de reclusos drogodependientes. Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabitación en el propio centro penitenciario, ya sea en régimen ambulatorio/centro de día o en módulo terapéutico.
- Tratamientos con sustitutivos de opiáceos.
- Motivación y derivación de casos para iniciar o continuar tratamiento fuera de la prisión.
- Educación sanitaria destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Realización de programas de reinserción social, incluida formación

prelaboral y formación profesional ocupacional de la población reclusa drogodependiente, en colaboración con los recursos comunitarios de integración social.

Principales derivaciones: A los recursos especializados de tratamiento del segundo y tercer nivel, así como a los recursos comunitarios de integración social.

TERCER NIVEL

El tercer nivel del SAISDE está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las drogodependencias. A todos los dispositivos que forman parte de este nivel se accede por derivación de centros o servicios de tratamiento especializado. Este nivel asistencial está integrado por los siguientes recursos:

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH):

Acceso: Por derivación de los recursos del segundo nivel.

Función: Desintoxicación hospitalaria de drogodependientes.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente a la unidad.

Unidades de patología dual:

Acceso: Por derivación de los ESMD y de los CAD.

Funciones: Tratamiento integrado de la descompensación clínica aguda de pacientes con patología psiquiátrica y drogodependencia.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente a la unidad.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP):

Acceso: Directo, por vía de los servicios hospitalarios de urgencias, y por derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito.

Funciones:

- Desintoxicación hospitalaria de pacientes alcohólicos.
- Atención a las urgencias psiquiátricas relacionadas con el abuso y dependencia del alcohol y otras drogas.

Comunidades terapéuticas para drogodependientes (CTD):

Acceso: Por derivación de los recursos del segundo nivel.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen residencial, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación y consejo sanitario destinado a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Realización de curas y atenciones sanitarias básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.
- Formación prelaboral y profesional ocupacional para drogodependientes en tratamiento con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a drogodependientes en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las

necesidades sociales del paciente tras su salida de la comunidad.

Derivaciones: Devolución de casos a los recursos del segundo nivel que enviaron el paciente a la comunidad.

Centros residenciales para la rehabilitación del alcohólico (CRA):

Acceso: Por derivación de los recursos del segundo nivel y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen residencial.
- Educación y consejo sanitario destinado a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de alcohol y de otras drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Realización de curas y atenciones sanitarias básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.
- Formación prelaboral y profesional ocupacional para drogodependientes en tratamiento con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a los alcohólicos en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las necesidades sociales del paciente tras su salida de la comunidad.

Derivaciones: Devolución de casos a los recurso del segundo nivel que enviaron el paciente al CRA.



3.~ OBJETIVOS
E
HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación supone una continuación del trabajo de grado: *“Síndrome Disejecutivo y Personalidad en Alcohólicos con Recidivas en tratamiento”*, publicado en Septiembre de 2012, para la obtención de la Suficiencia Investigadora, ubicado en el programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Salamanca.

En dicho trabajo se pretendía conocer el deterioro de la función ejecutiva y el despistaje psicopatológico de la personalidad en un grupo de sujetos con diagnóstico de dependencia del alcohol y recidivas, que en esos momentos estaban recibiendo tratamiento a nivel residencial en el CRRRA de Zamora.

Los resultados más significativos que se encuentran en dicho trabajo son los siguientes:

- La existencia de deterioro estadísticamente significativo en la función ejecutiva en los sujetos con dependencia del alcohol y recidivas en tratamiento.
- La existencia de deterioro intelectual en un porcentaje clínicamente significativo de sujetos con dependencia del alcohol y recidivas.
- Los trastornos de personalidad más frecuentes en la muestra de sujetos con dependencia del alcohol y recidivas son el trastorno narcisista, antisocial, evitativo y dependiente de la personalidad.
- En cuanto a los síndromes clínicos de gravedad moderada, es el Trastorno de Ansiedad el más representativo en la muestra, seguido del Trastorno Bipolar y el Trastorno Distímico.
- Y por último, en lo que se refiere a las escalas de personalidad patológica y los síndromes clínicos de gravedad severa, el Trastorno del pensamiento, el

Trastorno Delirante y la patología paranoide, son los más frecuentes en estos sujetos.

- Se encuentra una asociación significativa positiva entre los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos y el deterioro en la función ejecutiva.
- Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos.

A raíz de los resultados encontrados, que muestran que el deterioro en este tipo de sujetos es más específico, es decir, existe mayor deterioro en la función ejecutiva que en la Inteligencia General, nos lleva a seguir profundizando en el estudio del déficit de la función ejecutiva.

Otro aspecto que nos motiva a continuar con el estudio es el papel de las recaídas en el deterioro cognitivo de los sujetos con dependencia del alcohol. Por ello se introduce un grupo clínico de sujetos que no han sufrido recaídas a lo largo de su enfermedad. Las diferencias entre los dos grupos o los puntos en común en las diferentes variables estudiadas, permitirán determinar posibles factores de riesgo a tener en cuenta en la prevención de las recaídas en el alcohol, entre otros aspectos.

Los objetivos de esta investigación, por lo tanto, son pertinentes por varios motivos:

En lo que respecta a la relevancia social:

- ✓ En un ámbito general, este tipo de pacientes suponen un gran coste para la Sanidad tanto pública como privada de nuestro país. Por lo tanto, las consecuencias sobre la salud y el impacto global del consumo de alcohol en España, apoyan la necesidad de reforzar la investigación.
- ✓ En un ámbito más concreto, centrado en los recursos autonómicos, Comisionado Regional para la droga de Castilla y León, y a nivel de recursos específicos (CRRRA, Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, CAD, UCA), se podrán reducir los costes si se tiene en cuenta la utilidad de la

evaluación neuropsicológica para poder llevar a cabo una intervención individualizada, optimizándose la calidad del tratamiento y evitando la cronificación de la enfermedad.

Por otra parte, atendiendo a la idiosincrasia de cada individuo, sin duda supone un cambio en el modelo teórico de intervención, ya que pasaría de considerar a la persona como miembro de una categoría, “la dependencia del alcohol”, a la cual pertenecen todos los sujetos que pasan por los diferentes dispositivos de la red de salud mental, a centrarse en las personas como sujetos individuales con unas características propias y distintivas que van a marcar el proceso de la intervención. Desde este enfoque se pone especial énfasis a la utilidad de la evaluación neuropsicológica con el fin de intervenir eficazmente en aquellos procesos que estén afectados y trabajar en la prevención de recaídas de manera individualizada.

Desde el punto de vista metodológico en los diferentes estudios sobre déficits neuropsicológicos, deterioro cognitivo y despistaje psicopatológico de personalidad, las muestras son más generales, lo cual dificulta la generalización de los resultados. La importancia de esta investigación se centra por lo tanto en las características de la muestra.

3.2. - DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se trata de una investigación de tipo observacional analítico de casos y controles, ya que se pretenden conocer los siguientes aspectos:

- ✓ La existencia de diferencias entre dos grupos clínicos de sujetos en el deterioro de la función ejecutiva.
- ✓ Analizar las diferencias en la Capacidad Intelectual General de los sujetos de ambos grupos y, más específicamente, en los Índices de Comprensión Verbal, Organización Perceptiva, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

- ✓ La existencia de diferencias entre los dos grupos clínicos en el despistaje psicopatológico de la personalidad.
- ✓ La relación entre los trastornos de personalidad y síndromes clínicos y las características de la función ejecutiva y comparar las diferencias entre ambos grupos.
- ✓ La percepción de riesgo de los sujetos del GC 2 (sin recaídas) a sufrir futuras recaídas en el alcohol.
- ✓ El nivel de conciencia de enfermedad (síndrome disejecutivo) de los sujetos del GC 2 (sin recaídas) y su relación con el deterioro de la función ejecutiva, los trastornos de personalidad y la inteligencia general.
- ✓ Los rendimientos clínicos en los que muestran coincidencias los sujetos del GC 1 (con recaídas) y el GC 2 (sin recaídas) con mayor deterioro en el funcionamiento ejecutivo, con el fin de encontrar predictores significativos de las recaídas.

Es una investigación transversal porque se recogen todos los datos en un único momento temporal y no se vuelven a administrar posteriormente las pruebas, es decir, hay una sola medida de cada variable.

Además es un estudio prospectivo, porque hay un punto de inicio a partir del cual se van añadiendo casos a medida que llegan al estudio.

Previamente al estudio empírico, se efectuó una búsqueda bibliográfica sobre el síndrome disejecutivo, el despistaje psicopatológico de la personalidad y las recaídas en sujetos con dependencia del alcohol. En base a esta búsqueda se definieron los objetivos, hipótesis y el material y metodología a emplear en esta investigación. Para el manejo de toda la bibliografía, se utilizó el gestor bibliográfico REFWORKS.

Tras la aplicación de todas las pruebas se elaboró una base de datos en la que se introdujeron todos los datos pertinentes para poder llevar a cabo el análisis estadístico.

3.3.- OBJETIVOS

Los objetivos e hipótesis de este trabajo se han formulado teniendo en cuenta el enfoque clínico, con el fin de valorar los casos patológicos que aparecen en la muestra, y poder llegar a conclusiones significativas, sin obviar la importancia del enfoque estadístico. Por lo tanto, se parte de la diferencia entre casos normales y casos patológicos (teniendo en cuenta que lo “patológico” hace referencia a un deterioro o malestar en la vida del individuo y que supone un cambio con respecto a su estilo de vida anterior), otorgando así un valor clínico a la muestra, la cual está formada por sujetos reales con una patología bien definida y unas características homogéneas que no se encuentra en otros estudios similares. Por ello, y con el fin de que los resultados estadísticos no contaminen el valor clínico, los objetivos se interpretan valorando los dos enfoques.

3.3.1.- OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar la existencia de diferencias significativas entre dos grupos clínicos de sujetos con dependencia del alcohol en el deterioro de la función ejecutiva y el despistaje psicopatológico de la personalidad y su implicación con las recaídas.

3.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar el deterioro en la función ejecutiva entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas y analizar qué aspectos cognitivos están más deteriorados.
2. Analizar las diferencias en la capacidad intelectual general entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.
3. Conocer las diferencias entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en la capacidad específica de Comprensión Verbal.

4. Conocer las diferencias entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en la capacidad específica de Organización Perceptiva.
5. Conocer las diferencias en la capacidad específica Memoria de Trabajo entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.
6. Conocer las diferencias en la capacidad específica Velocidad de Procesamiento entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.
7. Analizar las diferencias entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en cuanto a la existencia de Trastornos de Personalidad y Síndromes Clínicos.
8. Comparar la relación existente entre los rasgos de personalidad y el deterioro de la función ejecutiva entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.
9. Analizar la relación entre la percepción de riesgo de los sujetos del GC Sin Recaídas a sufrir futuras recaídas con el deterioro de la función ejecutiva y el C.I.
10. Analizar en qué medida el nivel de conciencia de enfermedad del GC Sin Recaídas, está asociado al deterioro en la función ejecutiva, al deterioro en la Inteligencia General y al despistaje psicopatológico de la personalidad.
11. Comparar a los sujetos del GC Sin Recaídas que presentan mayor deterioro en el funcionamiento ejecutivo, con los sujetos del GC Con Recaídas en las variables de Inteligencia General, función ejecutiva y despistaje psicopatológico de la personalidad.

3.4.- HIPÓTESIS

Objetivo específico 1:

H1: Se plantea la existencia de mayor deterioro estadísticamente significativo en la función ejecutiva en el GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas.

Objetivo específico 2:

H2: Se plantean diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos en inteligencia general.

Objetivo específico 7:

H3: Existe una mayor desviación psicopatológica del GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas.

Objetivo específico 8:

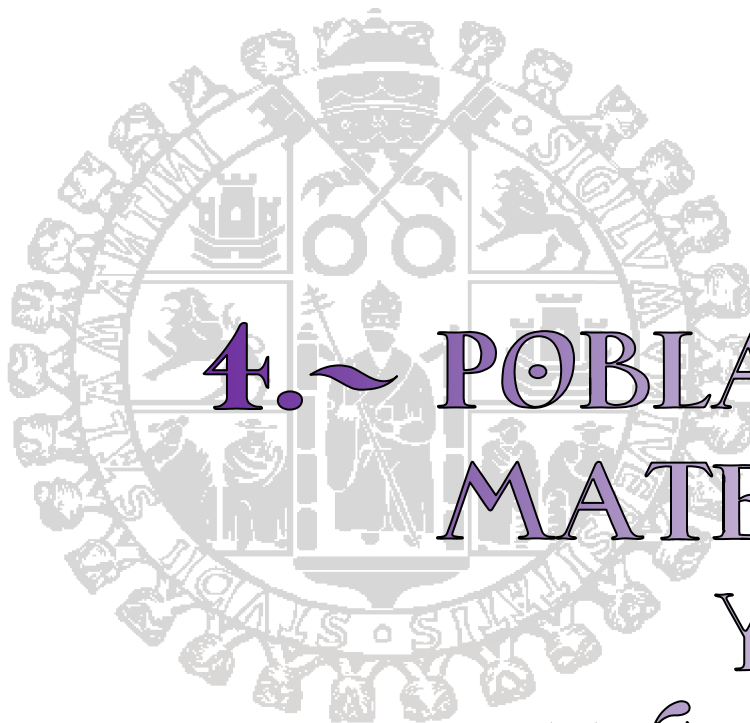
H4: Se plantea la existencia de una asociación estadística y clínica significativa positiva entre los rasgos de personalidad y el deterioro en la función ejecutiva en los sujetos del GC Con Recaídas con respecto a los del GC Sin Recaídas.

Objetivo específico 9:

H5: Se plantea que a menor puntuación en la percepción de riesgo de los sujetos a sufrir una recaída, menor puntuación en el funcionamiento ejecutivo y menor puntuación en la Inteligencia General.

Objetivo específico 10:

H6: Se espera que los sujetos que tienen menor conciencia de sus problemas a nivel de función ejecutiva presenten menor puntuación en Inteligencia General, menor puntuación en pruebas específicas que evalúan función ejecutiva (prefrontal) y mayor número de puntuaciones significativas en personalidad.



4. ~ POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

4. POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

4.1. POBLACIÓN

La población se ha seleccionado desde distintos puntos de la red de recursos de Castilla y León. En concreto:

- Del CRRA de Zamora
- De la UCA del Complejo Asistencial de Zamora
- Del CAD
- Y de las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados de Zamora, Salamanca y Valladolid

4.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Para el grupo clínico 1 (con recaídas):
 - Los sujetos incluidos en este grupo, tienen que haber sido diagnosticados de dependencia alcohólica, siendo efectuado dicho diagnóstico por profesionales de la red de Salud Mental de Castilla y León. Todos ellos cumplen, por lo tanto, los criterios para la dependencia del alcohol correspondientes al DSM-IV-TR (APA, 2002):

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver más adelante).
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Me gustaría mencionar una diferencia de la clasificación DSM-IV-TR con respecto al DSM-5, en lo que respecta a los trastornos relacionados con el alcohol. El DSM-5 agrupa los trastornos por abuso de alcohol y por dependencia de alcohol en la categoría Trastorno por consumo de alcohol, desapareciendo por lo tanto la

diferencia entre abuso/dependencia. En este estudio se siguen utilizando los criterios DSM-IV-TR, ya que los diagnósticos de la muestra seleccionada son anteriores a la aparición del DSM-5.

- Los sujetos seleccionados para el grupo clínico 1 (con recaídas) tienen que haber presentado uno o varios periodos de abstinencia a lo largo de la enfermedad, controlando esta variable los profesionales de los diferentes dispositivos de recogida de la muestra, a través de informes clínicos. Teniendo en cuenta los criterios para la abstinencia de alcohol correspondientes al DSM-IV-TR (APA, 2002):
 - A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
 - B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 1. Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 2. Temblor distal de las manos
 3. Insomnio
 4. Náuseas o vómitos
 5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 6. Agitación psicomotora
 7. Ansiedad
 8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
 - C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
 - D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

Un criterio de ingreso en el CRRRA (de donde proviene la mayor parte de la muestra del grupo con recaídas) es que las personas hayan realizado la desintoxicación de la sustancia, normalmente a nivel hospitalario, permaneciendo abstinentes desde ese momento hasta que ingresan para realizar el tratamiento. Independientemente de este último período de tiempo de abstinencia, un requisito imprescindible de inclusión en el estudio es que a lo largo de la enfermedad hayan tenido otros períodos de abstinencia, especificándose en la entrevista inicial que además de haber interrumpido el consumo de alcohol exista una recuperación no sólo física sino también en otros ámbitos de su vida, como por ejemplo el laboral (puedan desempeñar su trabajo con normalidad).

Para fijar un período de tiempo antes de que se produzca la recaída hemos tenido en cuenta el Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992), el cual dice que la persona adicta a una sustancia pasaría por fases de recuperación y recaídas que duraría varios años hasta su completa recuperación. Los estadios de cambio por los que pasarían los sujetos adictos son los siguientes:

1. *Precontemplación*: la conducta no es vista como un problema y la persona manifiesta escasos deseos de cambiar seriamente en los próximos seis meses. Pacientes no conscientes y que acuden obligados.
2. *Contemplación*: la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y está activamente buscando información, habiéndose planteado el cambio seriamente dentro de los próximos 6 meses. Son conscientes pero no han hecho todavía ningún intento de abandono, no se han comprometido con un tratamiento.
3. *Preparación para la acción*: el sujeto se ha planteado el modificar su conducta en los próximos 30 días, además de haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas de duración en el último año. Es una etapa caracterizada por la decisión y el compromiso.

4. *Acción*: los individuos han iniciado activamente la modificación de su conducta, llegando a lograrlo con éxito. Se producen cambios en la conducta manifiesta, en la conducta encubierta y en el medio externo. Pasados seis meses se pasaría a hablar de una de una fase de mantenimiento.
5. *Mantenimiento*: es la fase con mayor riesgo para la recaída; la persona está en esta fase cuando ha permanecido abstinentes por un periodo superior a los seis meses. Los individuos ejecutan las estrategias necesarias encaminadas a prevenir la recaída y, de este modo, afianzar las ganancias logradas en la fase anterior.
6. *Recaída*: el paso por los estadios no es lineal sino que sigue un desarrollo en espiral. La recaída es un evento fruto de la interrupción de la fase de acción o mantenimiento, provocando un movimiento cíclico hacia atrás, a los estadios iniciales de Precontemplación y contemplación.
7. *Estadio de finalización*: cuando después del estadio de mantenimiento no se produce recaída.



Figura 11: Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1992)

Por lo tanto, para estos autores la fase de mantenimiento es la fase de mayor riesgo para la recaída, que es cuando la persona ha permanecido abstinentes por un período superior a los seis meses.

Los criterios empleados en los diferentes estudios han sido muy variados a la hora de determinar el período de tiempo mínimo necesario sin consumo para empezar a hablar de abstinencia. Mientras que en algunos casos (Ossip Klein y col., 1986) ese periodo de tiempo se tasaba en 24 horas, en otros (Surgen General, 1988) se establece solamente cuando finaliza el tratamiento. Sin embargo, Alonso Álvarez, A. (2011) dice en su artículo que: *“Para considerarse que hubo una recaída en aquel paciente que inicia el proceso de rehabilitación, se exige que haya conseguido al menos dos meses de abstinencia. Si el tiempo es menor, se considera que el paciente está en el proceso de dependencia o de abuso del alcohol”*.

En la muestra seleccionada para este estudio los tiempos de abstinencia que se han tenido en cuenta son variables, desde 2 meses hasta 20 años, debido a que no existe una consistencia en los diferentes estudios y también por la dificultad que supondría seleccionar a los sujetos en función de un intervalo fijo de tiempo en dicha variable.

- Haber tenido una o varias recaídas a lo largo de la enfermedad.

Marlatt y Gordon (1985, 1996) definieron la recaída como *“el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos asociados a la conducta adictiva, después de un período de abstinencia”*. Marlatt (1985, 1996a) distingue entre el consumo puntual de una sustancia (*“lapso”, “desliz” o “caída temporal”*) entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y las *“recaídas”* que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento. Para estos autores, los trastornos por consumo de sustancias son patrones de comportamientos adquiridos, que pueden ser modificados mediante nuevos aprendizajes, en tanto que la recaída es vista como un proceso transitorio, y como una posibilidad de aprendizaje, en la que el

paciente puede aprender sobre su comportamiento y los factores que lo influyen.

En relación a los pacientes que recaen de forma crónica, Robinson explica que *“esta conducta es una modalidad de indefensión aprendida, como consecuencia de la instauración de la creencia originada y mantenida por sus repetidos intentos fracasados de abandono de la conducta adictiva, de que no son capaces de mantenerse abstinentes a pesar de los grandes esfuerzos que realizan por conseguirlo, los cuales generan expectativas negativas, apatía y pasividad respecto a la intervención terapéutica”* (Pedrero Pérez, E. J., 2002).

- No existe un diagnóstico de abuso o dependencia de otras sustancias a lo largo de su vida hasta la actualidad.
 - La mayor parte de los sujetos del grupo clínico 1 (con recaídas) se encuentran en tratamiento a nivel residencial en una Comunidad Terapéutica, llevando a cabo un programa terapéutico-educativo con una duración aproximada de 9 meses. Otros se encuentran realizando tratamiento ambulatorio en la Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Asistencial de Zamora, tan solo un sujeto de la muestra proviene del CAD y el resto proceden de la Asociación de alcohólicos rehabilitados de Zamora (aunque alguno comparte ambos tratamientos).
 - Todos los participantes en el estudio saben leer y escribir.
 - Aceptan participar en el estudio voluntariamente, tras ser informados los propios residentes así como sus tutores del Centro y los máximos responsables, que dan el consentimiento para que se lleve a cabo.
- Para el grupo clínico 2 (sin recaídas):
- Los sujetos incluidos en este grupo, igualmente tienen que haber sido diagnosticados de dependencia del alcohol, por un profesional de la red de Salud Mental de Castilla y León, según los criterios DSM-IV-TR.

- Estos sujetos no presentan periodos de abstinencia previos en la historia de su enfermedad. El único periodo de abstinencia es el actual, según figura en los informes médicos. La muestra procedente de las Asociaciones de Alcohólicos se encuentra en esos momentos en fase de seguimiento, controlando la abstinencia desde la misma Asociación (aunque pueden estar recibiendo tratamiento farmacológico desde otros servicios de la red de salud mental). Y desde las Unidades de tratamiento del alcoholismo tienen como objetivo prioritario la desintoxicación y deshabituación ambulatoria, por lo tanto desde todos los puntos de recogida de la muestra se garantiza que los sujetos evaluados están en un período de abstinencia, como condición necesaria para la inclusión en la investigación.
- Actualmente se encuentran en proceso de rehabilitación.
- En su historial clínico no existe un diagnóstico de abuso/dependencia de otras sustancias.
- Los sujetos del grupo clínico 2 (sin recaídas) en el momento de la evaluación se seleccionan desde la UCA, el CAD y las Asociaciones de Rehabilitación de Alcohólicos de Zamora, Salamanca y Valladolid.
- Todos los sujetos del grupo control saben leer y escribir.
- Aceptan participar voluntariamente en el estudio, tras ser informados por los responsables del tratamiento y la persona encargada de llevar a cabo la evaluación, firmando un consentimiento.

Criterios de exclusión para ambos grupos:

- Edad superior a los 60 años.
- Se excluyen de la muestra todos los sujetos con antecedentes de consumo abusivo de otras drogas diferentes al alcohol.
- Presencia de otras patologías del sistema nervioso central relacionadas con el

alcoholismo crónico como la Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff o una Demencia alcohólica.

- Ser iletrado.
- Personas que después de ser informadas sobre el contenido del estudio deciden voluntariamente no participar.

A partir de este momento, vamos a hacer referencia a los grupos clínicos de la siguiente manera, con el fin de facilitar la lectura:

- El grupo clínico 1 (con recaídas) lo vamos a denominar: GC Con Recaídas y
- El grupo clínico 2 (sin recaídas) será: GC Sin Recaídas.

4.1.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se ha logrado reunir una muestra de 65 personas con dependencia alcohólica, 33 de ellas (50.8%) con recaídas y 32 sin ellas (el restante 49.2%), por lo que ambos grupos están equilibrados en cuanto a su presencia dentro de la muestra total con $P > .05$ ($\chi^2 = 0.02$; 1 gl; $N = 65$; $P = .901$).

Los resultados de la descripción de las variables que caracterizan a la muestra se resumen en tablas por grupos: sociodemográficos, relacionados con la enfermedad y tratamiento farmacológico. Estas tablas también contienen la comparación de estos datos entre los dos grupos clínicos definidos en la presente investigación. Para describir las variables categóricas se emplean: porcentajes y frecuencias; y su comparación entre grupos se realiza con el Test Chi-cuadrado. Para describir las variables cuantitativas se emplea la media y la desviación estándar; en tanto que para el contraste entre los grupos se ha utilizado el test T de Student para muestras independientes entre sí.

4.1.2.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En la muestra total, se observa una clara mayor presencia de hombres frente a mujeres (73.8% vs 26.2%); de manera que se puede admitir que los varones son mayoría estadísticamente significativa para $P < .001$ ($\chi^2 = 14.78$; 1g; $N = 65$; $P = .000$) con respecto a las mujeres. Esta mayor presencia de hombres se mantiene en ambos grupos clínicos (69.7% y 78.1%) sin que existan diferencias significativas ($P > .05$) entre ambos (**tabla 1**). Como ocurre en otras investigaciones (Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P., 2006; Anderson, P., Baumberg, B., 2006), se confirma de nuevo en este estudio la prevalencia superior de dependencia del alcohol en los hombres con respecto a las mujeres. Estos resultados encajan también con la situación actual en España, donde el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres (83,2%), que entre las mujeres (73,4%) (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, EDADES 2013-2014).

La Edad media de la muestra es de 50.66 años, con desviación estándar de ± 8.43 (IC estimado para la media con confianza del 95%: 48.55 – 52.76) dentro del rango de entre 23 y 60 años. La media del GC con recaídas (49.61) es ligeramente inferior a la media del GC sin recaídas (51.44), sin que la diferencia entre ellos sea estadísticamente significativa, con $P > .05$ (tabla 1).

En cuanto a los Años de escolarización, la muestra presenta una media de poco más de 10.5 años (10.68 ± 3.14 ; IC estimado para la media: 9.90 – 11.45, con confianza del 95%) dentro de un rango de entre 3 y 18 años. La media del GC con recaídas es menor (9.55) que la media del GC sin recaídas (11.84), diferencia que en este caso sí que presenta significación estadística para $P < .01$ (tabla 1) de manera que se estima con una confianza del 95% una diferencia entre ambos grupos de entre 0.83 y 3.77 años de escolarización.

En el Estado civil, descrito al detalle, se ha observado que los casados son casi la mitad de la muestra (49.2%) seguidos de los solteros (21.5%). Separados, divorciados y viudos tienen menor presencia. La distribución de esta variable difiere significativamente ($P < .05$; **tabla 1**) entre los grupos clínicos. Los datos indican que en

tanto que en el GC sin recaídas hay más sujetos casados (62.5%), esta tasa de desciende claramente en el GC con recaídas (36.4%) aumentando la tasa de separados (27.3%) y divorciados (12.1%). De manera que ante este resultado, se decide recodificar la variable Estado civil de forma dicotómica: con/sin pareja. De esta manera se sigue observando relación significativa ($P < .05$; **tabla 1**) según la cual el estado con pareja se asocia al GC sin recaídas (62.5%) mientras que el estado sin pareja se asocia con el GC con recaídas (63.6%).

Tabla 1: *Análisis descriptivo y comparativo.* Datos socio-demográficos.

Variables	Categorías	Muestra total	Grupo clínico		Test de contraste		
			CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Sexo	Hombre	73.8% (48)	69.7% (23)	78.1% (25)	$\chi^2 = 0.60$	1	.440 ^{NS}
	Mujer	26.2% (17)	30.3% (10)	21.9% (7)			
Edad		50.66 ± 8.43	49.61 ± 8.31	51.44 ± 8.62	T = -0.87	63	.386 ^{NS}
Años de escolarización		10.68 ± 3.14	9.55 ± 2.36	11.84 ± 3.44	T = -3.13	63	.003**
Estado civil	Soltero	21.5% (14)	21.2% (7)	21.9% (7)	$\chi^2 = 11.46$	4	.022 *
	Casado	49.2% (32)	36.4% (12)	62.5% (20)			
	Separado	13.8% (9)	27.3% (9)	0% (–)			
	Divorciado	10.8% (7)	12.1% (4)	9.4% (3)			
	Viudo	4.6% (3)	3.0% (1)	6.3% (2)			
Estado civil (rec)	Con pareja	49.2% (32)	36.4% (12)	62.5% (20)	$\chi^2 = 4.44$	1	.035 *
	Sin pareja	50.8% (33)	63.6% (21)	37.5% (12)			

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Al estudiar los factores de riesgo asociados a una recaída, se ha observado que el hecho de estar casado, protege a los sujetos de sufrir una recaída. A pesar de que es una característica que afecta a los hombres, pero no a las mujeres, en las que los acontecimientos adversos no tienen un papel tan importante (Schneider, K. M., Kviz, F. J., Isola, M. L., & Filstead, W. J., 1995). En este estudio, un dato significativo es que en el GC de los sujetos que nunca han sufrido una recaída, un alto porcentaje está casado, lo cual es una variable que los protege del riesgo de recaída, lo cual no se observa en el GC con recaídas.

4.1.2.2. DATOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

El número medio de años de Consumo de alcohol es elevado: 23, con desviación estándar de ± 11.02 (IC estimado para la media, con confianza del 95%: 19.93 – 26.07) dentro del rango 5 – 50, muy amplio por tanto y con mediana 25 años de consumo. Los valores medios de ambos GC son similares (22.91 y 23.09) por lo que es obvio que no existe diferencia significativa ($P > .05$) entre ellos (tabla 2).

Al respecto de los periodos de abstinencia, se ha encontrado que el tiempo medio es de casi 35 meses: 34.72 ± 41.90 (IC al 95% para la media: 24.34 – 45.10) dentro de un rango de entre 2 y 240 meses (20 años). La media del Tiempo de abstinencia de los sujetos del GC con recaídas (27.48) es notablemente inferior a la media de los casos del GC sin recaídas (42.19) sin embargo la elevada variabilidad de los valores observados en esta variable, impide que esta diferencia alcance significación estadística ($P > .05$) entre los grupos (**tabla 2**).

En cuanto a la variable Número de recaídas, evidentemente solo es registrada en el GC de sujetos con recaída ($n=33$). La media es 4.15 veces, con desviación estándar de ± 5.23 (IC para la media: 2.30 – 6.00, con confianza del 95%) dentro de un rango observado de entre 1 y 25 veces recaídas (mediana 2). Si consideramos como 0 el valor de todos los casos de los sujetos del GC sin recaídas, podemos afirmar que la media del GC con recaídas es significativamente superior para $P < .001$ (Student: $t=4.56$; 32 gl; $P=.000$) que dicho valor de referencia (0).

Y para terminar este grupo, en cuanto a la variable Tratamientos anteriores, un 76.9% de la muestra sí que los ha tenido; siendo la tasa dentro del GC con recaídas (87.9%) significativamente superior ($P < .05$) a la del GC sin recaídas (65.6%; **tabla 2**).

Tabla 2: *Análisis descriptivo y comparativo.* Datos relacionados con la enfermedad.

Variables	Categorías	Muestra total	Grupo clínico		Test de contraste		
			CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Consumo de alcohol (años)		23.00 ± 12.40	22.91 ± 11.02	23.09 ± 13.85	T= -0.60	63	.953 ^{NS}
Tiempo de abstinencia más largo (meses)		34.72 ± 41.90	27.48 ± 47.18	42.19 ± 34.83	T= -1.43	63	.159 ^{NS}
Número de recaídas (N=33)		4.15 ± 5.23	4.15 ± 5.23	---	--	-	---
Tratamientos anteriores	Si	76.9% (50)	87.9% (29)	65.6% (21)	Chi ² = 4.53	1	.033 *
	No	23.1% (15)	12.1% (4)	34.4% (11)			

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)

4.1.2.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el estudio hacemos referencia a 4 grupos de fármacos que se han administrado a los sujetos pertenecientes a la muestra. Esos fármacos son:

- **Antidepresivos:** Hoy en día existen diferentes fármacos antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), se han convertido en los antidepresivos más utilizados en la mayoría de los países desarrollados, por su seguridad y tolerabilidad. Poseen un espectro de acción inusitadamente amplio ya que se muestran eficaces en el tratamiento no sólo de la depresión, sino también en los trastornos de angustia, de ansiedad generalizada y en el obsesivo-compulsivo, en la bulimia nerviosa o el trastorno de estrés postraumático entre otros.
- **Benzodiacepinas:** Fármacos pertenecientes al grupo de agentes que deprimen el sistema nervioso central (SNC) en una forma relativamente no selectiva, dependiendo de la dosis. Cuando fueron introducidos revolucionaron el tratamiento de la ansiedad. Pero las benzodiacepinas poseen otras propiedades terapéuticas como acciones convulsivantes, relajantes musculares y sedantes-hipnóticas. Están indicados para la ansiedad, el insomnio, trastornos bipolares, síndrome de abstinencia del alcohol, depresión y fobia social.

- **Anticomociales:** también llamados antiepilépticos, constituye un grupo de fármacos con gran interés y utilidad en el campo de la psiquiatría. Su diversidad, tanto en sus mecanismos de acción como en sus perfiles de efectos secundarios, hacen de su uso en diversas patologías psiquiátricas una gran herramienta terapéutica, constituyéndose en alternativas de primera línea. Aunque su empleo en los trastornos bipolares sea el terreno en que estos fármacos se han utilizado y estudiado de forma más continua y generalizada, otros campos como el del control de la impulsividad y el abuso-dependencia de tóxicos han ido ganando terreno y obteniendo buenos resultados. Entre este grupo de sustancias, la gabapentina (sintético análogo al GABA) está indicado terapéuticamente para la epilepsia y el dolor neuropático.

- **Antipsicóticos:** con la introducción de la clozapina en la década de 1970 se establecía la clasificación de los antipsicóticos en típicos y atípicos. Actualmente el concepto de atípico está sustentado fundamentalmente en la baja intensidad de efectos extrapiramidales que producen dichos antipsicóticos. Ensayos clínicos a largo plazo parece que han indicado que los nuevos antipsicóticos podrían tener alguna ventaja sobre los convencionales para mantener la respuesta terapéutica y resultar más eficaces en la prevención de recaídas. De manera general, están indicados para el tratamiento de la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor recurrente, entre otros (Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, J., 2006).

La **tabla 3** resume los resultados de los tratamientos farmacológicos que han recibido nuestros sujetos. Como se puede apreciar en ellas, los Antidepresivos son el grupo más utilizado (46.2%) seguido de cerca por las Benzodiazepinas (41.55). Mucha menos utilización han tenido los otros dos fármacos (12.3% y 9.2%).

En el primer fármaco se ha observado relación significativa ($P < .001$) tal que su uso está asociado a los sujetos del GC con recaídas (69.7%) en tanto que el GC sin recaídas no es habitual su empleo (78.1%). En cuanto a las Benzodiazepinas, también se ha encontrado asociación significativa aunque con menos potencia ($P < .05$) de modo que

los han tomado más casos del GC con recaídas (54.5%) que sujetos del GC sin recaídas (28.1%).

En los Anticomiciales, si bien el uso es claramente más alto en los casos con recaídas (21.2% vs 3.1%) la diferencia no logra significación estadística ($P > .05$) aunque se podría hablar de una casi significación ($P < .100$) que podría indicar esta tendencia.

Y al respecto de los Antipsicóticos, los datos indican que su uso de estos ha sido exclusivo en nuestros sujetos del GC con recaídas (18.2% vs 0%) por lo que se establece asociación significativa ($P < .05$).

Tabla 3: Análisis descriptivo y comparativo. Tratamiento farmacológico.

Variables	Categorías	Muestra total	Grupo clínico		Test de contraste		
			CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Tto con Antidepresivos	Si	46.2% (30)	69.7% (23)	21.9% (7)	Chi ² = 14.95	1	.000**
	No	53.8% (35)	30.3% (10)	78.1% (25)			
Tto con Benzodiazepinas	Si	41.5% (27)	54.5% (18)	28.1% (9)	Chi ² = 4.67	1	.031 *
	No	58.5% (38)	45.5% (15)	71.9% (23)			
Tto con Anticomiciales	Si	12.3% (8)	21.2% (7)	3.1% (1)	Chi ² = 3.39	1	.066 ^{NS}
	No	87.7% (57)	78.8% (26)	96.9% (31)			
Tto con Antipsicóticos	Si	9.2% (6)	18.2% (6)	0% (--)	Chi ² = 4.42	1	.011 *
	No	90.8% (59)	81.8% (27)	100% (32)			

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

4.1.3. LUGARES DE PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

4.1.3.1. UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCA)

Desde el primer nivel de la Red de Asistencia al Drogodependiente, en concreto desde los Equipos de Salud Mental de Distrito de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), se derivan los casos de dependencia del alcohol más complejos y menos motivados a la UCA. Las principales funciones de dicha Unidad son:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de pacientes con dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales asociados a la dependencia del alcohol.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: a las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, a los centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos y a los recursos generales y especializados de integración sociolaboral.

4.1.3.2. CENTRO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (CAD)

DEFINICIÓN Y TIPO DE RECURSO

El CAD es el recurso de referencia en el segundo nivel para el tratamiento ambulatorio de las drogas ilegales.

Se puede acceder a dicho recurso directamente, por derivación de los recursos de primer nivel o de cualquier otro recurso.

Atiende a población procedente de Zamora capital y toda la provincia. Y los recursos humanos de los que dispone son médico, psicóloga, enfermera, trabajadora social y conserje.

FUNCIONES

Entre las funciones que se llevan a cabo desde este recurso figuran:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria del drogodependiente
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración sociolaboral, en colaboración con los recursos generales y especializados.

- Derivación a los recursos de tercer nivel (UDH, CT. CT de alcohol, Unidad de patología dual)

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los objetivos generales son:

- Propiciar el acercamiento de los drogodependientes a la Red de Asistencia
- Mejorar el grado de control asistencial y de adherencia al tratamiento del drogodependiente.
- Lograr la abstinencia a las drogas y la integración psicosocial

Los objetivos específicos parten de las diferentes áreas trabajadas desde este dispositivo:

- Objetivos en el área del consumo:
 - Facilitar la desintoxicación.
 - Lograr la deshabitación
 - Prevenir las recaídas en el consumo
 - Eliminar y/o reducir los consumos de las drogas que originan la demanda de tratamiento.
 - Educar en pautas de consumo de drogas que impliquen menos riesgos y daños para los consumidores y su entorno.
- Objetivos en el área de la salud:
 - Diagnosticar la presencia de posibles trastornos orgánicos asociados al consumo de drogas para su tratamiento.
 - Propiciar la adquisición de hábitos saludables (higiene, alimentación, actividad física, etc.) y control sanitario
 - Reducir la prevalencia y evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas (VIH, hepatitis, tuberculosis)
 - Modificar ciertas prácticas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.
 - Reducir la mortalidad de los pacientes atendidos respecto a los

drogodependientes que no reciban tratamiento.

- Objetivos en el área psicológica:
 - Desarrollar habilidades personales y sociales básicas que permitan a sus usuarios afrontar adecuadamente los problemas, conflictos cotidianos y la toma de decisiones.
 - Mejorar la capacidad de autocontrol
 - Favorecer el desarrollo personal, la autonomía y la autoestima.
 - Facilitar el aprendizaje y la interiorización de hábitos y normas.
 - Facilitar pautas de manejo familiar para la implicación y apoyo al proceso de tratamiento.

- Objetivos en el área social:
 - Identificar la presencia de problemas familiares y sociales asociados al consumo de drogas y facilitar la atención de los mismos.
 - Facilitar el acceso a los recursos sociales disponibles para la satisfacción de necesidades sociales básicas.
 - Favorecer la capacitación a nivel educativo y laboral.
 - Evitar el aislamiento social de los pacientes, fomentando las relaciones interpersonales y el establecimiento de redes sociales con personas no consumidoras de drogas.
 - Favorecer la realización de actividades en tiempo de ocio

PROGRAMAS

El CAD interviene con los usuarios a través de diferentes programas de tratamiento, en función del diagnóstico, la fase de la enfermedad y el lugar de la derivación.

Una vez realizada la recepción de la demanda, se lleva a cabo la evaluación con el fin de diseñar e implantar el plan individualizado.

Los diferentes programas de intervención son los siguientes:

1) DESINTOXICACIÓN

Está indicado para el tratamiento de cualquier forma de adicción a sustancias en que sea necesaria la superación de la dependencia física.

Y pacientes en tratamiento con sustitutivos opiáceos que decidan abandonar la misma.

Existen dos modalidades: ambulatoria u hospitalaria

2) PROGRAMA AMBULATORIO LIBRE DE DROGAS PARA PACIENTES HEROINÓMANOS

El objetivo de este programa es lograr la deshabituación e inserción sociolaboral y prevenir las recaídas en el consumo.

3) PROGRAMA AMBULATORIO PARA PACIENTES COCAINÓMANOS

Pretende el mismo objetivo que el anterior, pero en pacientes con consumo de cocaína.

4) PROGRAMA AMBULATORIO PARA DESINTOXICACIÓN DE CANNABIS

Las líneas de trabajo de este programa se centrarían en:

- Propiciar el acercamiento del consumidor de cannabis a la Red Asistencial.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Lograr la abstinencia a las drogas para la que se solicita tratamiento.
- Lograr la deshabituación.
- Prevenir las recaídas en el consumo.

5) PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS DE OPIÁCEOS (METADONA)

El CAD es centro prescriptor y dispensador, con el fin de facilitar el abandono o la reducción del consumo de opiáceos y prevenir el deterioro biopsicosocial asociado al consumo de drogas.

6) PROGRAMA DE REINSERCIÓN DE PACIENTES ALCOHÓLICOS TRAS EL ALTA EN EL CRRRA

El objetivo General consiste en facilitar la integración del paciente alcohólico en

su contexto socio-familiar y a nivel más específico:

- Mantener la abstinencia absoluta al alcohol y prevenir las recaídas.
- Continuar la práctica de hábitos y normas saludables adquiridas en la comunidad.
- Facilitar pautas de manejo familiar para la implicación u apoyo al proceso de tratamiento
- Integración laboral.
- Favorecer la realización de actividades en tiempo de ocio

4.1.3.3. CENTRO REGIONAL DE REHABILITACIÓN DE ALCOHÓLICOS (CRR)

Los sujetos de la muestra que llegan al CRR son derivados desde el 2º nivel de la Red Asistencia al Drogodependiente (RAD):

- E.Q.S.M (Equipos Salud Mental)
- C.A.D. (Centro Atención Drogodependencias)
- U.D.H. (Unidad Desintoxicación Hospitalaria)
- Y finalmente el Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León, revisa el protocolo de derivación y da la orden de ingreso o no en el CRR. El Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León es el órgano adscrito a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, con rango de Dirección General, que coordina las actuaciones de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes en Castilla y León.

La comunidad terapéutica (C.T.) como tratamiento para el abuso y dependencia de drogas surgió por los años 60 en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales. El concepto base de este modelo era la autoayuda, y fue desarrollado inicialmente por alcohólicos en recuperación y drogodependientes.

A diferencia de otras modalidades de tratamiento, la C.T. constituye un “medio terapéutico”, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos

formales e informales, y que constituyen entre todas ellas las intervenciones terapéuticas propias del proceso.

La C.T se beneficia del papel de los pares como agente activo en el cambio del usuario, a través del fortalecimiento de los vínculos interpersonales. Del mismo modo que el papel de las personas es ampliamente reconocido en la iniciación, desarrollo y mantenimiento de los trastornos adictivos, la C.T. se basa también en la utilidad del grupo de iguales en el cambio de la conducta adictiva y otras conductas relacionadas.

Las Comunidades Terapéuticas Profesionales en España, ofrecen un modelo de rehabilitación muy útil para un sector de drogodependientes que necesitan un entorno seguro y una intervención más intensiva. Estos programas actualmente se están adaptando a las nuevas características de los usuarios que solicitan tratamiento.

Actualmente un porcentaje cada vez mayor de adictos presenta trastornos psiquiátricos concurrentes o pasados, especialmente trastornos afectivos y de personalidad. Los datos muestran que los usuarios de C.T presentan en muchos casos una larga carrera adictiva y antecedentes de múltiples tratamientos seguidos de recaídas.

DEFINICIÓN Y TIPO DE RECURSO

El Centro Regional de Rehabilitación de Alcohólicos "San Román"- Comunidad Terapéutica, se encuentra ubicado en la denominada Finca "El Chafaril", cercano al término municipal de Peleagonzalo, a unos 10 km. aproximadamente de la población de Toro. Este recurso nace ante la necesidad de dar respuesta a un problema tan complejo como es el alcoholismo en nuestra sociedad.

Se trata de un programa perteneciente a Cáritas Diocesana de Zamora y que está subvencionado por la Junta de Castilla y León a través del Comisionado Regional para la Droga, órgano dependiente de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, e inmerso en la Red de Asistencia al Drogodependiente (RAD). El Centro como recurso está integrado en el tercer nivel del circuito asistencial de la red específica de atención a las drogodependencias, como hemos visto anteriormente.

El equipo de trabajo es de carácter multidisciplinar, compuesto por un director-

educador, un médico, dos psicólogas, una trabajadora social y cinco educadores.

La realización de este tratamiento de deshabituación del alcoholismo, es de carácter voluntario, en régimen residencial abierto y cuya duración comprende aproximadamente nueve meses a partir de su ingreso en el Centro. El régimen residencial abierto significa que el residente debe permanecer en el Centro las 24 horas del día, teniendo cuatro visitas familiares durante los cuatro primeros meses y aproximadamente a los cinco meses de permanencia, solamente puede salir fines de semana determinados y programados, con el fin de iniciar su reinserción.

El objeto del centro es ofrecer un recurso terapéutico, educativo y psicosocial que tiene como finalidad dar respuesta a las necesidades de las personas que viven en situación de dependencia alcohólica, así como del consumo secundario de otras sustancias. De ahí la necesidad de un programa de rehabilitación que abarque estos ámbitos: individual, familiar y social, a través de un planteamiento de trabajo en régimen residencial, poniendo a la persona en el centro como protagonista de su vida.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE TRABAJO

El objetivo general es la recuperación integral de la persona dependiente alcohólica a nivel físico, psicológico, familiar, laboral y social, para su posterior reinserción en la sociedad.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Restablecer el estado físico de la persona, ya que tras una historia más o menos larga de consumo de alcohol el deterioro ha alcanzado un aspecto notable; e intentar propiciar la adquisición de hábitos saludables relacionados con la salud, la higiene personal, la alimentación y la actividad física.
- Motivar al residente para la realización del programa, sensibilizándole acerca de su enfermedad y poder alcanzar una deshabituación en la conducta de consumo, manteniendo así el estado de abstinencia.
- Favorecer el desarrollo personal, la autonomía y la autoestima, facilitando el aprendizaje y la interiorización de hábitos y normas, para poder desarrollar

mayor capacidad de socialización y convivencia, así como la adaptación al trabajo en equipo y las actividades grupales.

- Educar en pautas relacionadas con habilidades sociales para poder mejorar los canales de comunicación, modificar hábitos en el estilo de vida, así como, aprender a expresar sentimientos y emociones.
- Trabajar la denominada red social con el fin de adquirir nuevos intereses de ocio saludables de una manera estable, y en determinados casos retomar la integración laboral.
- Identificar factores y situaciones de riesgo asociadas al consumo para prevenir recaídas a través de estrategias y recursos a los que aferrarse en situaciones críticas que puedan aparecer en aquellas salidas programadas.
- Fomentar la participación activa de la familia durante el proceso, para poder apoyar la mejora de los niveles de integración familiar propiciando un núcleo de convivencia estable.

A lo largo del proceso terapéutico se realiza la intervención en las siguientes áreas:

- *Comportamental*: eliminar las conductas asociadas al hábito de consumo intentando que adquieran conductas incompatibles y alternativas a la conducta de consumo.
- *Cognitiva*: abordando pensamientos irracionales, creencias erróneas, actitudes negativas, transformándolo en pensamientos racionales, creencias reales y actitudes positivas.
- *Afectiva*: conocer la importancia de los sentimientos y emociones en la vida diaria, la identificación de los mismos en las diferentes situaciones, su gestión y canalización, la expresión adecuada en las relaciones interpersonales,...
- *Existencial*: fomentar los valores personales y el inicio de un estilo de vida saludable intentando generar unas expectativas de futuro claras, reales y concretas.

METODOLOGÍA

El modelo de intervención que se utiliza es terapéutico-educativo, terapéutico porque intenta que la persona dependiente alcohólica mantenga una conducta de abstinencia a través de la recuperación de hábitos de vida saludables, y educativo porque el logro de la abstinencia se conseguirá a través del aprendizaje de nuevos hábitos y comportamientos que sustituyan a los anteriores.

Este modelo pretende ser integrador con el fin de evitar el aislamiento social, fomentando así las relaciones interpersonales, basado en las teorías del aprendizaje social, en el enfoque humanístico-existencial, asumiendo una orientación cognitivo-conductual y un enfoque biopsicosocial.

La metodología es activa y participativa, predominando las técnicas motivacionales, dentro del marco de la comunidad terapéutica como auténtica promotora del cambio.

El trabajo terapéutico diario se articula a través de la terapia de grupo, terapia individual, terapia ocupacional, terapia familiar y terapia de calle, siempre de un modo integral e interrelacionado, girando en torno a la autoayuda que es la herramienta básica del programa con la que cuentan los residentes.

➤ TERAPIA DE GRUPO:

Se realizan sesiones grupales diarias, dividiéndose los grupos en diferentes fases y los residentes van pasando por ellos dependiendo del tiempo que lleven en la C.T y los aspectos que se quieran trabajar. En total hay tres fases:

La primera, se llama *"Iniciación"*, cuyo objetivo es que el residente adquiera conciencia del problema con el alcohol, conozca las normas de la C.T, le busque su sentido y que finalmente se integre en el centro a través de la participación de las diferentes actividades.

Posteriormente pasaría al grupo denominado *"Fase A"*, en donde ya se trabajan objetivos más concretos a nivel del funcionamiento individual, dificultades personales con las que se encuentra diariamente y también se

pretende que la persona comience a identificar su problemática personal relacionada con la dependencia del alcohol y tomar conciencia de ella compartiéndola con los demás compañeros del grupo.

Y por último, después de 4 meses aproximadamente en la fase anterior, pasaría a el grupo denominado “*Fase B*”, en el que se trabaja a través de grupos históricos principalmente, las diferentes áreas de la vida personal del residente. En estos grupos se pretende que la persona en particular profundice en sus vivencias, ayudado por la propia dinámica del grupo.

En general, a través de los grupos se pretende crear conciencia de enfermedad, aumentar la motivación para mantener la abstinencia, que el residente aprenda a generar los cambios asociados al comportamiento de abstinencia, disminuyendo la tendencia a la negación y a la huida, facilitando la aceptación de la enfermedad, abordando las emociones que acompañan al consumo de alcohol, intentando dar respuesta a la intensa necesidad de aceptación social de los alcohólicos, reduciendo la ansiedad ante las señales de consumo y trabajando también la resolución de problemas.

➤ TERAPIA INDIVIDUAL

Las psicólogas realizan entrevistas personales y evaluaciones psicológicas durante el tiempo que los residentes permanecen en la C.T.

A través de la terapia individual se atienden todas las demandas que a título personal hacen los propios residentes así como aquellos casos en los que el equipo terapéutico decide que hay que llevar a cabo una evaluación y posterior intervención psicológica.

En la terapia individual se abordan las actitudes y comportamientos desestructurados por el consumo de alcohol y todas aquellas conductas, pensamientos o sentimientos que son difíciles de abordar en una terapia grupal. También se fomentan actitudes de compromiso de cambio, creando la necesidad de generar cambios positivos y actitudes adaptativas, abandonando las conductas y las actitudes desadaptativas asociadas al consumo de alcohol. Se

abordan las creencias irracionales, empleando la reestructuración cognitiva y mediante técnicas de relajación se intenta reducir la ansiedad provocada por la abstinencia y el cambio en el estilo de vida.

➤ TERAPIA OCUPACIONAL

Las actividades que se realizan en la C.T son horticultura, cocina, mantenimiento de las instalaciones del centro, recepción y administración, lavandería y limpieza, cultural y relaciones públicas, bricolaje, marquetería, pintura y trabajos manuales; existiendo dentro de cada área una jerarquía de roles con unos trabajadores, un responsable y un jefe, llevando a cabo las funciones dependiendo del rol que cada uno desempeñe.

Es la base organizativa, a través de la cual la C.T se autogestiona sus propias necesidades básicas ayudando a adquirir hábitos de convivencia. Las tareas que la forman se gradúan en base a la dificultad y a la responsabilidad.

Con la terapia ocupacional se pretende generar actitudes positivas alternativas al consumo de alcohol, alternativas de ocio y tiempo libre más saludables, que la persona adquiera hábitos de trabajo, responsabilidades y disciplina así como conductas socializadas, incrementando habilidades intra e inter personales y de comunicación que promuevan la abstinencia y mejoren la autoestima, fomentando de la misma manera la capacidad de organización y autoplanificación personal.

➤ TERAPIA EDUCATIVA

Una o dos veces por semana se realiza charlas, seminarios, películas temáticas, salidas culturales, excursiones y programaciones de actividades de ocio en la C.T. A través de técnicas de dinámicas de grupos, debates y juegos para adultos, se abordan temas de educación para la salud, ocio y tiempo libre, donde se pretende que los residente adquieran conocimientos sobre la adicción alcohólica en el ámbito físico, psicológico y social, profundizando en aspectos concretos que se aborden dentro de la dinámica de la C.T.

➤ TERAPIA FAMILIAR

Durante el programa de rehabilitación tienen lugar reuniones individuales con la familia, reuniones junto al residente y reuniones con otras familias, adaptando la frecuencia de dichas sesiones en función de cada caso particular.

En el momento del ingreso se informa a la familia sobre el programa de intervención y su papel en el mismo, motivándolos para que participen activamente en el tratamiento, intentando que reconozcan y acepten la dependencia del alcohol de su familiar y comprendan su problemática, modificando actitudes en torno al alcoholismo y al alcohólico en el contexto familiar, mejorando los canales de comunicación, realizando la distribución de responsabilidades familiares, ajustando también los roles familiares.

➤ TERAPIA DE CALLE

La terapia de calle se lleva a cabo a través de las salidas terapéuticas desde la C.T con los familiares, salidas desde la C.T en grupos, salidas terapéuticas los fines de semana a sus casas y salidas individuales desde la C.T.

PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

La amplitud del perfil de los potenciales beneficiarios de estos dispositivos hace preciso establecer unos criterios precisos de indicación terapéutica:

- Personas con diagnóstico de dependencia del alcohol (atendiendo de una forma secundaria las adicciones a otras sustancias).
- Personas cuya recuperación no se considere viable en el contexto de un programa de tratamiento de carácter ambulatorio, bien porque no dispongan de un mínimo apoyo social o familiar o de un espacio de convivencia desde el cual afrontar el tratamiento, bien porque existan episodios de fracasos o mala evolución en tratamientos previos de tipo ambulatorio.
- Que precisen un apoyo terapéutico intenso, superior del que puedan recibir en un tratamiento de tipo ambulatorio.

- Y que se encuentren suficientemente motivados para seguir un tratamiento residencial abierto.

El perfil mayoritario de las personas a las cuales se atiende en el C.R.R.A viene a ser el siguiente:

- Varón de 45 años de media de edad.
- Con escasa conciencia de enfermedad.
- Comorbilidad con un trastorno de la personalidad.
- Nivel de estudios primarios.
- Separado legalmente.
- A nivel laboral, la mayoría han trabajado en el sector de la construcción o en hostelería, y en la actualidad están en paro o cobrando una pensión de invalidez.
- Convivencia actual: solo o en casa de sus padres.
- Comienzo del consumo de alcohol a los 14 años de edad.
- Consumo mayoritario de la cocaína como sustancia de carácter secundario.
- Causas legales pendientes, fundamentalmente por violencia de género o controles de alcoholemia junto con retiradas de carnet de conducir.
- Tratamientos anteriores de carácter ambulatorio.

COORDINACIÓN Y DERIVACIONES

El C.R.R.A está coordinado con todos los Programas de Cáritas pero fundamentalmente con:

- C.A.D, Programa de Rehabilitación de Drogodependientes (Proyecto Hombre), Prisión, Programa de Empleo y Centro de Acogida.
- C.I.S (Servicios Penitenciarios).
- CEAS.
- Programa Municipal de Drogas de Zamora.
- U.C.A (Unidad de Conductas Adictivas).
- Equipo de Salud Mental.

- ARZA (Alcohólicos Rehabilitados de Zamora).
- A.A.A.A. (Alcohólicos Anónimos).
- Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León.

4.1.3.4. ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLICOS (Zamora, Salamanca y Valladolid)

Las Asociaciones de Alcohólicos comparten muchas características pero a la vez se diferencian en los programas y actividades que ofrecen a los usuarios.

La población seleccionada de las Asociaciones, suele llegar a ellas a través de los siguientes canales o vías de información:

- Familia del enfermo alcohólico
- Iniciativa propia del enfermo alcohólico
- Información proporcionada por terceras personas (amigos, vecinos, etc.)
- Médicos de familia, Centros de Salud Mental, UCA, Hospitales,...
- Instituciones varias, CEAS,....
- Centros de trabajo del enfermo alcohólico
- Juzgados
- Policía municipal

DEFINICIÓN Y TIPO DE RECURSO

Las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados son, en la mayor parte de los casos, asociaciones sin ánimo de lucro que pretenden ser el punto de referencia para que, aquellas personas que comparten el problema del alcohol, obtengan una oferta asistencial que permita su rehabilitación. Dicha ayuda se ofrece con independencia de la clase social.

En el caso de la Asociación de Alcohólicos de Valladolid (ARVA), está declarada de utilidad pública en la prevención, tratamiento y reinserción social de enfermos alcohólicos. Además de estar considerada por la Junta de Castilla y León como un Servicio y Centro de Carácter Social.

La base principal de las Asociaciones de alcohólicos es la autoayuda pero también desarrollan un proceso terapéutico a lo largo de diferentes fases con la finalidad prioritaria de conseguir la abstinencia total y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Una vez conseguida la abstinencia el proceso persigue un cambio en los patrones de conducta nocivos para la salud, basándose en la filosofía de la educación para la salud. Y el último paso del proceso se encamina hacia la rehabilitación y la reinserción tanto de los enfermos como de sus familiares, aportándoles recursos personales y sociolaborales, con el fin de mejorar su calidad de vida a nivel personal, social, familiar y laboral.

De forma paralela, trabajan con los familiares de los enfermos alcohólicos, tanto en terapia individual (unifamiliares) como grupal. El objetivo de este segundo tipo de terapia es orientar a la familia sobre cuál es la mejor forma de ayudar al enfermo, a la vez que pretende ser un fuerte respaldo para el grupo familiar en sí. En ellas se intentan resolver las dudas que sobre la enfermedad alcohólica puedan surgir, así como educar sobre comportamientos correctos para conseguir el objetivo prioritario de la abstinencia, trabajando de forma simultánea la armonía familiar.

Así mismo, se realizan sesiones de terapia de pareja, cuando el caso lo requiere y los conflictos en la pareja interfieren en la rehabilitación del enfermo.

Los recursos humanos de los que disponen este tipo de recursos son un médico, psicóloga/s y trabajadora social.

Objetivos

➤ OBJETIVO GENERAL:

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social y laboral de los enfermos alcohólicos, desde una perspectiva global e integral, implicando al resto de la sociedad.

➤ OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Deshabitación y rehabilitación de alcohólicos.
- Tratamiento psicológico individual y grupal de enfermos alcohólicos.

- Apoyo psicológico destinado a enfermos en la última fase del programa.
- Apoyo psicológico a familiares.
- Prevención, control y seguimiento de la patología somática asociada al consumo de alcohol, en estrecha colaboración con el sistema de salud.
- Facilitación de la reinserción social y laboral, en colaboración con los CEAS del Ayuntamiento.
- Apoyo al proceso de integración social.
- Sensibilización y prevención social de la problemática asociada al consumo de alcohol

➤ OBJETIVOS COMPLEMENTARIOS:

- Sensibilización a las distintas Administraciones en la dotación de recursos humanos, sanitarios o de cualquier otro tipo que sea necesario.
- Difusión y divulgación de este grave problema de Salud Pública que es el alcoholismo, mediante conferencias, charlas – coloquio y otros actos, que lleven a la concienciación general.
- Conseguir una concienciación social, del alcoholismo como enfermedad, y desterrar la idea de “vicio”, que todavía se tiene en la sociedad.
- Educar y prevenir los efectos de la asociación alcohol – diversión, reivindicando el ocio alternativo para los jóvenes.

FASES

A) Acogida del paciente

Detección de la existencia de una problemática específica asociada al consumo de alcohol, que puede llegar a través de los canales o vías de información que vimos anteriormente.

Una vez detectada la situación de alcoholismo, el enfermo es recibido en la Asociación.

Con el objeto de unificar criterios, se ha elaborado un protocolo de recepción, en el cual figuran todos los datos personales y la problemática orgánica, psicológica, familiar y social del enfermo.

Tras esta primera recogida de información por la Psicóloga, se analiza el material y se procede posteriormente, a la verificación del mismo a través de una entrevista personal y de Cuestionarios y Test para la detección del alcoholismo, así como otros test de inteligencia, aptitudes y personalidad, ansiedad, depresión, incorporándose el enfermo a terapia individual y posteriormente a terapia de grupo simultáneamente con el familiar, si lo tiene.

B) Fase diagnóstica y terapéutica:

- *Desintoxicación del paciente:* supone la interrupción del consumo de alcohol, en coordinación con la unidad de salud mental, unidad de conductas adictivas o médico de familia. Se previene y trata el síndrome de abstinencia y sus posibles complicaciones
- *Deshabitación del paciente:* periodo en que el paciente aprende a vivir sin el consumo de alcohol, Comprendiendo y asumiendo la enfermedad, modificando hábitos, creencias y actitudes inapropiadas ante el consumo e identificando y reestructurando ideas y pensamientos irracionales.

C) Fase de seguimiento

La última fase del proceso de intervención, consiste en analizar sistemáticamente la información que permita determinar los efectos de la misma, con la finalidad de posibilitar una óptima intervención.

ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

Desde las Asociaciones se ofrecen diferentes posibilidades de terapias, individuales y de grupo, de entre las cuales, cada uno de los miembros de la asociación es asignado a las más adecuadas según sus características personales y la problemática que presenta. Estas sesiones se realizan de forma periódica, semanal o quincenalmente, en función del individuo.

En las Asociaciones se hace especial hincapié en la terapia de grupo, trabajando por módulos de aprendizaje, diseñados y coordinados por la/s psicóloga/s. En el caso

de A.R.Z.A, los grupos de terapia con los que cuentan hoy en día son los siguientes:

1. Grupo de enfermos y enfermas alcohólicos/as que lleven en el programa más de dos años. Grupo martes.
2. Grupo de enfermos y enfermas alcohólicos/as que lleven en el programa menos de dos años. Grupo miércoles.
3. Grupo de familiares de personas alcohólicas.
4. Grupo conjunto de enfermos y familiares.

Hay que tener en cuenta que cada Asociación lleva a cabo programas psicoterapéuticos específicos, como:

- I. Programa de restablecimiento de relaciones personales
- II. Programa de entrenamiento en motivación hacia el cambio
- III. Programa de prevención de recaídas
- IV. Programa de habilidades personales y autocontrol
- V. Programa de habilidades sociales
- VI. Programa de resolución de problemas
- VII. Programa de aprendizaje cognitivo
- VIII. Programa de manejo de la ansiedad
- IX. Programa de intervención con familias
- X. Programa de ocio y tiempo libre

En el caso de ARVA, encontramos algunos programas diferentes como:

- I. El programa en busca de una nueva oportunidad: dirigido a conseguir la inserción psicosocial y normalización de la vida de personas excluidas o en riesgo de exclusión que manifiesten abuso o dependencia de alcohol, a través de la coordinación con otras entidades y servicios.
- II. Programa de prevención del consumo abusivo del alcohol: Prevenir el consumo abusivo de alcohol sensibilizando e informando sobre sus riesgos.
- III. Programa 0,0% alcohol en el ámbito penitenciario: Favorecer la abstinencia en el consumo de alcohol y cualquier otra sustancia adictiva para poder

alcanzar objetivos personales y favorecer la integración social.

- IV. Programa de prevención en alcohol y violencia: Promover la igualdad de oportunidades y prevenir la violencia de género dando a conocer las consecuencias del consumo abusivo de alcohol, sensibilizando e informando de sus riesgos en lo que respecta concretamente a los actos violentos.
- V. Programa Alfil: El objetivo general es la disminución de los factores de riesgo junto a la potenciación de los factores de protección para el desarrollo de problemas de abuso y/o dependencia del alcohol y de otros trastornos relacionados con la historia familiar de este trastorno en descendientes de alcohólicos.
- VI. Programa de intervención en alcoholismo femenino: Motivar a la mujer con problemas de alcohol a iniciar un proceso de tratamiento y conseguir la abstinencia del alcohol, alcanzando así un nivel de autoestima aceptable que les permita optar a una vida autónoma, satisfactoria, saludable e integrada en la sociedad

Para la selección previa de los participantes contamos con la ayuda de los profesionales que trabajan en los distintos centros de tratamiento del alcoholismo. Se les comunica a los profesionales encargados el objetivo de la tesis y los criterios de inclusión para cada grupo. Una vez seleccionadas las personas, antes de proceder a la evaluación se les explica en lo que va a consistir el estudio y la voluntariedad del mismo. Todos ellos firman un consentimiento para poder llevar a cabo la evaluación con fines de investigación.

La evaluación se lleva a cabo de manera individual en un despacho del CRRA, en la Unidad de Neuropsicología del Complejo Asistencial de Zamora, así como en las diferentes asociaciones. Inicialmente se realiza una entrevista para recoger los datos más significativos para el estudio (ANEXO II), valorando si el sujeto es apto o no.

De todas las personas seleccionadas, se excluye a un sujeto por no saber leer ni escribir y a otro por abandonar el CRRA durante la realización del estudio quedando éste incompleto.

La muestra seleccionada del CRRA, en el momento de la evaluación estaba llevando a cabo un tratamiento terapéutico-educativo a nivel residencial con una duración de 9 meses. Durante el estudio el intervalo de tiempo de estancia en el CRRA era desde 3 semanas hasta 9 meses. Los sujetos que se seleccionan de la UCA, están en ese momento realizando un tratamiento ambulatorio con consultas periódicas con el psiquiatra. Por otra parte los participantes seleccionados desde las Asociaciones, acuden a realizar diferentes actividades terapéuticas como la terapia individual o grupal, manteniendo el objetivo principal de dichas asociaciones, que es la abstinencia en el alcohol y el mantenimiento de la misma.

4.2. MATERIAL

Los instrumentos de evaluación empleados (WAIS-III, WISCONSIN, BADS, MCMI-III y RPI) han sido seleccionados por estar estandarizados para población española y por presentar buenas propiedades psicométricas, siendo válidos y fiables.

4.2.1 WAIS-III (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III, 1999)

La escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III es una nueva versión, completamente revisada y actualizada, de la prueba más importante de evaluación de la inteligencia, con nuevos elementos y amplios baremos. La escala ha sido diseñada en origen para su utilización con personas de edades comprendidas entre 16 y 89 años. No obstante, se puede examinar a personas mayores de 89 años, siempre que se haga con la debida precaución.

WAIS-III incluye los 11 test del WAIS:

- ✓ *Figuras Incompletas*: mide la capacidad del sujeto para organizar visualmente un dibujo y reconocer el elemento esencial que falta en él.
- ✓ *Vocabulario*: evalúa el nivel cultural, la expresión verbal y el grado de familiaridad con el uso de palabras.

- ✓ *Clave de Números*: se pretende evaluar la capacidad de aprendizaje asociativo y la destreza visomotora del sujeto.
- ✓ *Semejanzas*: evalúa la capacidad de abstraer y formar conceptos verbales. Se requiere memoria, atención, pensamiento asociativo y discriminación de características esenciales de secundarias.
- ✓ *Cubos*: mide la capacidad de analizar y sintetizar dibujos geométricos abstractos, estrategias de solución de problemas, integración psicomotora, rapidez, impulsividad, distracción y perfeccionismo excesivo.
- ✓ *Aritmética*: medida de la capacidad de trabajo con problemas aritméticos en situaciones cotidianas. Para ejecutar correctamente la prueba es necesario emplear aspectos de la memoria, comprensión verbal y concentración.
- ✓ *Dígitos*: evalúa la memoria auditiva inmediata, atención y concentración. Es la prueba menos discriminativa del WAIS.
- ✓ *Información*: se evalúa la cantidad de información que ha obtenido el individuo de su ambiente así como la memoria a largo plazo y la forma de utilizarla.
- ✓ *Historietas*: evalúa la percepción visual, la organización de series de forma lógica, conocimiento de secuencias sociales, capacidad de formación de hipótesis, flexibilidad y capacidad para captar relaciones causa-efecto.
- ✓ *Comprensión*: evalúa la capacidad del sujeto para comprender situaciones sociales, internalizar normas, adaptación social.
- ✓ *Rompecabezas*: se pretende estudiar la capacidad de sintetizar un todo a partir de sus partes, además de la organización visual, la coordinación visomotora, persistencias, impulsividad,...

Y tres nuevos:

- ✓ *Matrices*: es una tarea no verbal en la que el sujeto ha de seleccionar la respuesta correcta entre diversas formas geométricas. Hay cuatro tipos de

elementos: completar, clasificar, razonamiento analógico y razonamiento serial.

- ✓ *Búsqueda de símbolos*: el sujeto debe detectar si ciertos símbolos se encuentran o no entre un grupo de símbolos presentados.
- ✓ *Letras y números*: es una tarea en la que el sujeto debe de repetir un alista de letras y números leída por el examinador pero citando ordenados primero los números y luego la letras.

Además permite obtener los clásicos CI (verbal, manipulativo y total) y cuatro índices específicos: Comprensión verbal, Organización perceptiva, Memoria de trabajo y Velocidad de proceso. El WAIS-III se ha tipificado en España entre 1997 y 1998, siendo la primera adaptación publicada después de los Estados Unidos. WAIS-III se ha diseñado para facilitar el uso transcultural, reduciendo el "suelo" de los test para que sean aplicables a personas con funcionamiento cognitivo deficiente, manteniendo la continuidad con el WAIS pero introduciendo importantes mejoras en los elementos y en los nuevos testas y cuidando especialmente la elaboración de los materiales.

El WAIS-III es una herramienta esencial a utilizar en una extensa variedad de contextos, principalmente dentro del ámbito escolar y clínico.

Es una escala que ha sido utilizada, tanto en población normal, para evaluar la inteligencia en adultos y adolescentes siendo, así mismo, validada en grupos de *población de diversas patologías*, algunos de ellos como:

- Problemas atencionales concomitantes con *TDAH* (Griffin, 1999). Estudios en adultos indican que el rendimiento en el factor Memoria de Trabajo del WAIS-III no correlaciona significativamente con los niveles de la sintomatología del *TDAH* (Stearns, 2000). Contrariamente, otros estudios consideran especialmente importante el índice de Memoria de Trabajo como uno de los posibles indicadores de diagnóstico de *TDAH* (Hanford y Emory, 2001), a este déficit debemos unir déficits significativos en medidas neuropsicológicas en el índice de Velocidad de Procesamiento (Mackin, 2002).

- *Adultos con daño cerebral* (Greve, Bianchini, Mathias, Houston y Crouch, 2003). Los resultados del estudio desarrollado por Van der Heijden y Donders (2003) con 166 pacientes con traumatismo cerebral apoyan la validez de constructo de los cuatro factores de esta escala en pacientes con traumatismo.
- *Adolescentes con dificultades de aprendizaje* (Weterbee, 2001). Los resultados de este estudio indican que los adolescentes de dieciséis años con dificultades de aprendizaje no tiene un único perfil cognitivo que les diferencie de sus compañeros sin dificultades de aprendizaje (Vogel, 2002).
- *Personas con diagnóstico de esquizofrenia*: nos muestra que son pacientes que presentan puntuaciones significativamente más bajas que el grupo de control en Aritmética, Letras y Números, Semejanzas y en los test relacionados con la escala manipulativa (Goikoetxea, Aznar, Cortajarena, Ponte, Ugarte y Uriarte, 2001). En dicho estudio se comparó el rendimiento de estas personas con dos grupos de control: uno igualado en estudios y edad y el otro en estudios, edad, sexo y CI Total. Los pacientes esquizofrénicos mostraban un rendimiento inferior en comparación con el primer grupo de control en Aritmética, Letras y Números, Semejanzas y en los subtest manipulativos. Estos datos ya habían sido confirmado por otros estudios, mostrando un CI inferior al de personas sin o con trastornos distintos y mejor rendimiento en las pruebas del factor verbal, que en las del perceptivo y de independencia a la distracción (Allen *et al.*, 1998). El pobre desempeño de los esquizofrénicos en la escala manipulativa, y más específicamente, en los factores Organización Perceptiva e Independencia a la Distracción, siendo relacionado con déficits atencionales y de razonamiento, así como la lentitud motora y de procesamiento de la información (Allen *et al.*, 1998). El perfil, por tanto, de estas personas, se caracteriza por presentar peor rendimiento en pruebas que exigen memoria de trabajo y atención, tales como, Aritmética, Dígitos, Claves y mejor desempeño en subtest de Información o Vocabulario, más relacionado con el conocimiento adquirido, es decir con la inteligencia cristalizada (Gold *et al.*, 1994).

- Leutzinger (2002) estudió el rendimiento en la escala manipulativa de *personas sordas prelingüísticas*. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas entre en el CI Manipulativo, el índice de Organización Perceptiva, y en concreto en los subtest de Figuras Incompletas y Matrices.

4.2.2 TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1997)

El Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST) se desarrolló originalmente para evaluar el razonamiento abstracto y la habilidad para cambiar las estrategias cognitivas como respuesta a eventuales modificaciones ambientales (Berg, 1948; Grant y Berg, 1948). En este sentido, el WCST puede ser considerado como una medida de la función ejecutiva que requiere habilidad para desarrollar y mantener las estrategias de solución de problemas que resultan adecuadas para conseguir un objetivo, a través de condiciones que implican cambios de estímulos (Luria, 1973; Shallice, 1982). El WCST requiere estrategias de planificación, indagaciones organizadas, utilización del “feedback” ambiental para cambiar esquemas, orientación de la conducta hacia el logro de un objetivo y modulación de las respuestas impulsivas (Cheleune y Baer, 1986; Gnys y Willis, 1991; Perrine, Cuprensa, Welsh y Pennington, 1998). Dada su posible sensibilidad a los efectos de las lesiones en el lóbulo frontal, se menciona frecuentemente como “una medida del funcionamiento frontal o prefrontal”.

El WCTS está formado por cuatro tarjetas-estímulo y 128 tarjetas-respuesta que contienen figuras de varias formas (cruz, círculo, triángulo o estrella), colores (rojo, azul, amarillo o verde) y número de figuras (una, dos, tres o cuatro).

El modo habitual de aplicar la prueba consisten en colocar las cuatro tarjetas-estímulo delante del sujeto ordenadas de izquierda a derecha, de tal forma que se vea: un triángulo rojo, dos estrellas verdes, tres cruces amarillas y cuatro círculos azules. Después se entrega al sujeto un bloque de 64 tarjetas y se le indica que tiene que emparejar cada una de las tarjetas de ese bloque con una de las tarjetas-estímulo y

cada vez que lo haga se le indicará si lo ha hecho correctamente o si se ha equivocado, pero nunca se le puede decir cómo debe emparejar las tarjetas.

La puntuación es normalmente compleja y se derivan varios índices. Éstos incluyen el número de cambios de categorías realizados con éxito, el número total de errores, y el número de errores de perseveración cometidos. La perseveración es un comportamiento observado, a veces, en pacientes con daño cerebral cuando insisten en usar una estrategia de respuesta correcta anteriormente a pesar de la evidencia de que la regla ha cambiado y que sus respuestas son ahora incorrectas. A veces el paciente puede apreciar que la regla ha cambiado, pero parece incapaz de alterar su patrón de respuesta (Knight y Longmore, 1994).

El material del que está formado el WCTS es:

- Manual
- 4 tarjetas-estímulo
- Dos bloques de tarjetas-respuesta con 64 tarjetas cada uno
- Hoja de anotación

4.2.3 ESCALA BADS (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome, Wilson et al., 1996) Y CUESTIONARIO DISEJECUTIVO (DEX)

El BADS es una batería de pruebas diseñada para la evaluación de pacientes con Síndrome Disejecutivo (SD), un síndrome del lóbulo frontal. Evalúa solución de problemas, atención, habilidades de organización en periodos extendidos de tiempo y capacidades de la vida diaria para establecer prioridades ante demandas en competición. Está compuesto por 6 pruebas:

- 1. Test de cartas con cambio de reglas/normas** (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans): Este test utiliza 21 cartas de juego sin dibujo y examina la habilidad del sujeto para responder correctamente a una regla y cambiar de una regla a otra ajustando su conducta. En la primera parte de la prueba a los sujetos se les solicita decir “Sí” ante una carta roja y “No” ante una carta

negra. Esta regla, escrita en una tarjeta, se deja a la vista del sujeto durante todo el tiempo para reducir las limitaciones por problemas de memoria. En la segunda parte de la prueba a los sujetos, se les solicita responder “Sí” cuando la carta que recién se le muestra es del mismo color que la carta previa y “No” si ésta es de un color distinto. Las medidas son el tiempo transcurrido para el desarrollo de la tarea y el número de errores.

- 2. Test de programación de una acción** (Adaptado de un test originalmente descrito por Klosowska, 1976): Este test demanda la manipulación física de variados materiales como agua, alambre y corcho para resolver el problema, a través de cinco pasos. Al sujeto se le presenta una base rectangular en la cual se inserta, en un extremo, un recipiente transparente grande con una tapadera movable y un pequeño agujero central. En el otro extremo se coloca un pequeño tubo transparente en cuyo fondo se coloca un corcho. El recipiente se llena con dos tercios de agua. A la izquierda de la base, se coloca un gancho de alambre con forma de L, que no es lo suficientemente larga para alcanzar el corcho, y un pequeño tubo con rosca con su tapón de rosca al lado. A los sujetos se le solicita que saque el corcho del tubo usando cualquiera de los objetos que tiene en frente pero sin levantar la base, el tubo o el recipiente y sin tocar la tapa con sus dedos.
- 3. Test de la búsqueda de llaves** (a partir del test originalmente descrito por Terman y Merrill, 1937): Se le presenta a los sujetos un folio de papel con un cuadrado en el medio y un pequeño punto negro 50mm abajo. Al sujeto se le solicita imaginar que el recuadro es un gran terreno en el que ha perdido sus llaves. Se le solicita dibujar una línea empezando por el punto negro para mostrar dónde y cómo caminaría si tuviera que buscar en el terreno con absoluta certeza de que encontraría las llaves. Este test permite examinar la habilidad del sujeto para planear un curso de acción efectivo y eficiente.
- 4. Test de estimación del tiempo** (Alderman, Evans, Emslie, Wilson y Burgess): Este test incluye cuatro preguntas cortas sobre eventos que ocurren con duraciones que varían entre varios segundos a varios años. Los sujetos tienen

que realizar una estimación razonable.

5. **Test del mapa del zoo** (Alderman, Evans, Emslie, Wilson y Burgess): En este test se le solicita a los sujetos mostrar cómo visitarían una serie de lugares en un mapa de un zoo. Sin embargo, al planificar la ruta ciertas reglas deben ser obedecidas. Hay dos partes, en las cuales las instrucciones varían pero el objetivo es el mismo. Se evalúa la habilidad del sujeto para minimizar sus propios errores, modificando su desempeño al atender a la retroalimentación cuando rompe una regla.
6. **Test de los seis elementos modificado** (Burgess, Alderman, Evans, Wilson, Emslie y Shallice): Este test implica darle al sujeto instrucciones para que realice tres tareas (relato, aritmética y denominación de dibujos), cada una dividida en dos partes, A y B. Constituyendo seis subtareas en total. El sujeto debe intentar rendir en cada una de las seis subtareas en un lapso de diez minutos y debe seguir una regla: no puede hacer las dos partes del mismo tipo de tarea consecutivamente. La clave de esta prueba es medir cómo se organizan los sujetos. El test de los seis elementos requiere de la capacidad de planificación, organización y monitoreo del sujeto de su propia conducta. También permite observar memoria prospectiva, la habilidad para recordar realizar una intención en el tiempo futuro (Burgess y Taylor).
7. **Cuestionario Disejecutivo** (DEX): Es un cuestionario de 20 ítems construido para valorar el rango de problemas comúnmente asociados al Síndrome Disejecutivo. Viene en dos versiones, una diseñada para ser autoaplicada y otra para ser completada por un familiar o cuidador con un contacto cercano y diario con el paciente.

El BADS es útil para los psicólogos clínicos, neuropsicólogos y otros terapeutas implicados en la evaluación de pacientes con lesión cerebral. Les asistirá en la identificación de déficits ejecutivos, que puedan interferir con las actividades de la vida diaria y permitirá determinar si una persona tiene un deterioro general del funcionamiento ejecutivo o un desorden ejecutivo específico. El BADS es también útil para la evaluación del funcionamiento ejecutivo en la esquizofrenia y puede ser muy

útil para la rehabilitación neuropsicológica.

Por su parte, el Cuestionario Disejecutivo (DEX), es un cuestionario de 20 ítems, construido para valorar el rango de problemas comúnmente asociados al Síndrome Disejecutivo. Stuss y Benson (1984, 1986) sostienen que las preguntas examinan cuatro áreas susceptibles de cambio:

- Cambios emocionales y de personalidad
- Cambios motivacionales
- Cambios conductuales
- Cambios cognitivos

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos (0-4, nunca-muy a menudo). El cuestionario DEX viene en dos versiones, una diseñada para ser autoaplicada (que es la que se aplica en esta investigación) y otra para ser completada por un familiar o cuidador con un contacto cercano y diario con el paciente.

Aunque el DEX no forma parte formalmente del BADS, en el sentido de que sus puntajes no se utilizan para calcular el perfil de puntuación de la batería, nos aporta datos muy útiles para el análisis clínico.

4.2.4 Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (Millon, 2007).

Al igual que sus predecesoras, la tercera versión del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) consiste en un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales a partir de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, que ocupa un periodo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos).

Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidos en 26 escalas:

- ❖ 4 escalas de fiabilidad y validez: Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración;

- ❖ 11 escalas básicas de personalidad:
 - Esquizoide: orientación pasiva-retraída. Carencia de deseo. Incapacidad para experimentar placer o dolor en profundidad.
 - Depresiva: Falta de alegría, incapacidad para experimentar placer, pérdida significativa, una sensación de rendición, experimenta el dolor como algo permanente.
 - Fóbica: orientación activa-retraída. Evitación activa del contacto.
 - Dependiente: orientación pasivo-dependiente. Someten sus deseos a los de los otros con tal de obtener afecto.
 - Histriónica: orientación activa-dependiente. Búsqueda de estimulación y afecto.
 - Narcisista: orientación pasivo-independiente. Experimentan placer con la centración en sí mismos o pasividad.
 - Antisocial: orientación activo-independiente. Contrarrestan las expectativas de dolor y despreciación mediante el comportamiento manipulador del entorno.
 - Agresivo-Sádica: orientación activo-discordante. No son considerados disociales pero obtienen placer en comportamientos que humillan a los demás. Pueden coincidir con el estilo de personalidad tipo A.
 - Compulsiva: orientación pasiva-ambivalente. Conflicto entre la hostilidad y el temor a la desaprobación.
 - Pasivo-Agresiva: orientación activa-ambivalente. Ambivalencia entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los que ellos quieren. Son conscientes de este conflicto y discuten abiertamente.
 - Autodestructiva/Masoquista: orientación pasivo-discordante. Se relacionan de forma autosacrificadora. El dolor les reconforta.

- ❖ 3 escalas de personalidad patológica:
 - Esquizotípica: relacionado con la dimensión retraimiento (esquizoide o evitativo). Distanciamiento cognitivo e interpersonal.

- Límite: variante grave de los patrones dependiente (dependiente e histriónico) y ambivalente (compulsivo y pasivo-agresivo). Estrema inestabilidad y labilidad del ánimo.
- Paranoide: se asocia principalmente a patrones independientes (narcisista y antisocial), y en menor grado, a patrones ambivalentes (compulsivo y pasivo-agresivo). Desconfianza vigilante respecto a los demás, inmutabilidad de sentimientos y rigidez de pensamientos.
- ❖ 7 síndromes clínicos de gravedad moderada, según criterios DSM-IV: Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de alcohol, Abuso de drogas y Trastorno de estrés postraumático, que es el síndrome nuevo que se incorpora a la escala y hace referencia a personas que han experimentado un suceso que implicaba una amenaza para su vida y reaccionaron ante ello con miedo intenso o sentimientos de indefensión.
- ❖ Y 3 síndromes clínicos de gravedad severa, Eje I DSM-IV: Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante.

Permite, por lo tanto, la identificación de posibles trastornos de personalidad y valoración de los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos. Evalúa estilos y trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon.

4.2.5. INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE RECAÍDA (RPI, Suárez M, García R, 2002)

El RPI es un instrumento, que consta de 25 ítems, y se puede aplicar individual o colectivamente.

Su objetivo es la identificación de las situaciones potencialmente asociadas a la recaída.

Está compuesto por un listado de situaciones internas o externas, que se

distribuyen en cuatro factores:

- **Factor 1:** Estados afectivos negativos (4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24): se refiere a emociones negativas experimentadas por las personas como: tensión, miedo, resentimiento, enfado o frustración, y a situaciones concretas que pueden desencadenar emociones desagradables.
- **Factor 2:** Vigilancia cognitiva (3, 6, 19, 25): ítems que hacen referencia a pensamientos absolutistas o de autoengaño.
- **Factor 3:** Reuniones, ocio, emociones positivas (5, 11, 12, 18, 21): este factor tiene en cuenta situaciones de ocio, en las que la persona puede bajar su nivel de autoexigencia, situaciones del día a día, como una reunión, así como el hecho de experimentar emociones agradables, positivas.
- **Factor 4:** Estímulos previamente relacionados con la bebida (1, 2, 13, 14): se refiere a estímulos asociados con la bebida o recuerdos positivos relacionados con el consumo.

Las situaciones percibidas como más peligrosas para una recaída son estímulos internos: emociones y pensamientos.

Los ítems son ponderados de 0 a 3 de la siguiente forma: muy peligrosa (3), bastante peligrosa (2), poco peligrosa (1) y nada peligrosa (0).

La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones adjudicadas a cada ítem.

Cuanto mayor es la puntuación mayor es el número de situaciones de riesgo consideradas peligrosas.

En algunos estudios se ha demostrado la capacidad de este instrumento para discriminar entre aquellos pacientes con recaídas y aquellos que se mantienen abstinentes. Por otra parte, se utiliza dentro de los programas de intervención orientados a la prevención de recaídas como herramienta terapéutica.

4.3. MÉTODO

4.3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de una investigación **de diseño observacional analítico de casos y controles, prospectivo transversal**. Solamente se recoge información y por lo tanto no se realiza ningún tipo de intervención. Es un diseño analítico porque comparamos dos grupos. Partimos de un punto inicial en la recogida de la muestra y vamos incorporando casos al estudio hasta que los grupos quedan cerrados para proceder al análisis de los datos. Además, realizamos una sola medida de la variable.

Previamente al estudio empírico, se efectuó una búsqueda bibliográfica sobre el deterioro en la función ejecutiva (síndrome disejecutivo), el despistaje psicopatológico de la personalidad y las recaídas en sujetos con dependencia del alcohol. En base a esta búsqueda se definieron los objetivos, hipótesis y el material y metodología a emplear en esta investigación, de modo que se facilitase la comparación con otros estudios de investigación.

4.3.1.1. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente trabajo se ha tenido en cuenta y se ha respetado el Código Deontológico del Psicólogo (Colegio Oficial de Psicólogos). Las personas que participan en el estudio no han sido expuestas a ningún tipo de daño permanente, irreversible o innecesario, y su participación en la investigación ha sido autorizada explícitamente mediante consentimiento informado (art. 34) (ANEXO I) además del consentimiento y la autorización de los responsables de los dispositivos de la red de asistencia seleccionados.

En cuanto al uso de la información, se ha recabado exclusivamente la información necesaria para el desempeño de las pruebas y siempre con el consentimiento de los participantes en la investigación (art. 39).

Se ha respetado también, la dignidad de las personas, sus creencias, su intimidad y su pudor (art. 37).

Toda la información obtenida estará sujeta al deber y derecho del secreto profesional (art. 40) y será tratada con absoluta confidencialidad, manteniendo el anonimato de los participantes en cualquier publicación a la que el trabajo pudiera dar lugar.

4.3.2 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La metodología del estudio es cuantitativa ya que se emplean pruebas estandarizadas para la recogida de datos. Se aplican las pruebas, Wais-III, MCMI-III, Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin, la Escala BADS (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome) y Cuestionario DEX autoaplicado y el Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI).

Tras la aplicación de las escalas, se elaboró una base de datos en la que se introdujeron los resultados de todas las pruebas.

Posteriormente se efectúa un análisis de los datos mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS Statistics, v 22.0 for Windows; IBM Corp. Released 2013. Armonk. NY. USA).

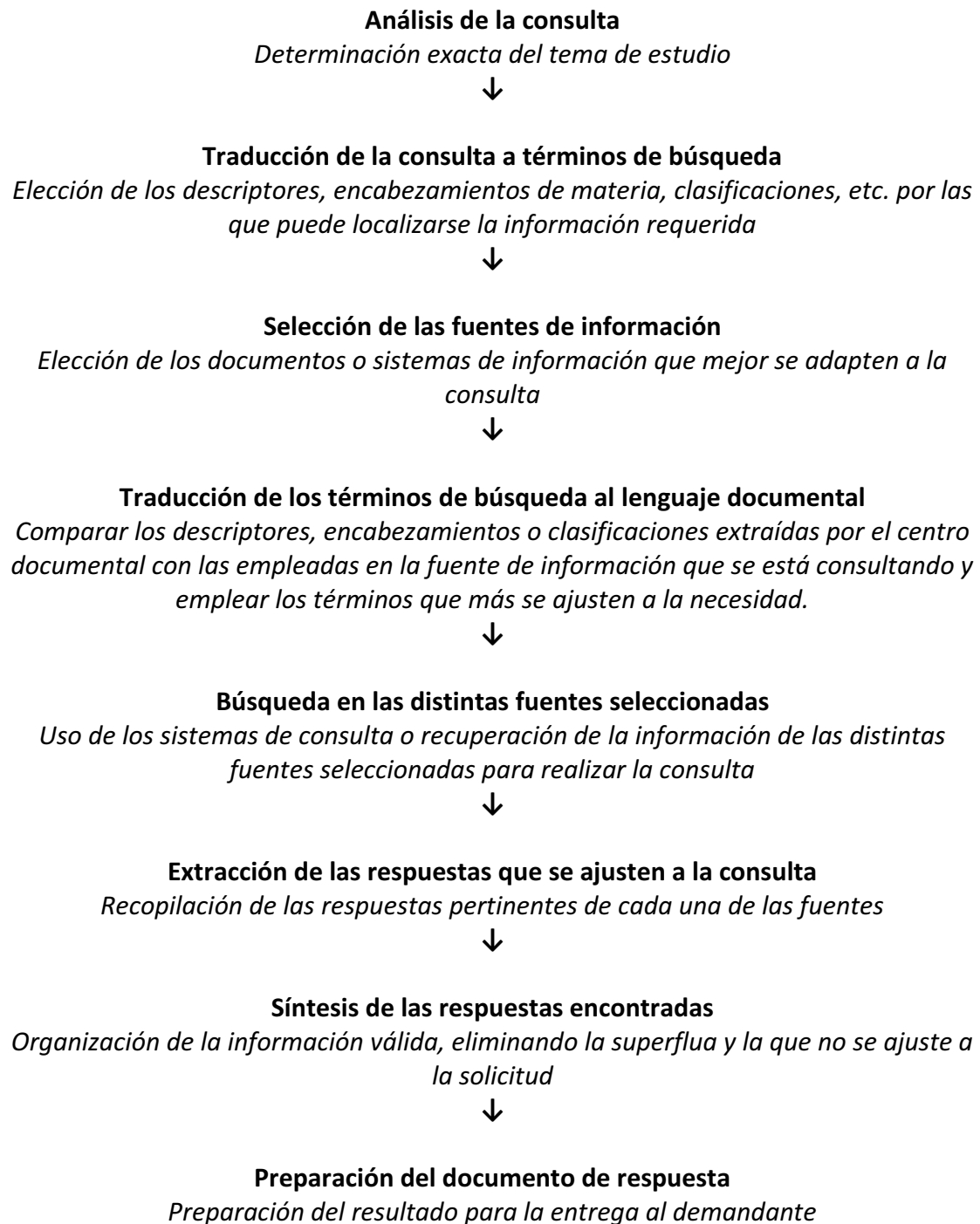
Se realiza un análisis descriptivo y exploratorio de todas las variables objeto de estudio y también un análisis asociativo y de diferencia de medias según las hipótesis previas.

Finalmente, se efectúa un análisis de los resultados obtenidos que se comparan con otros estudios previamente revisados en la búsqueda bibliográfica en el inicio de esta investigación.

4.3.3 ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

Una buena definición de la estrategia de búsqueda, permite obtener un mayor grado de pertinencia y relevancia de los resultados obtenidos, de manera que se adapten totalmente a los objetivos de las consultas realizadas. De forma esquemática, el proceso documental (Merlo Vega, 2000) que hemos seguido a lo largo del estudio es

el siguiente:



Un paso fundamental, ha sido la identificación de las fuentes de información más adecuadas para el tipo de resultados que buscábamos obtener. De este modo se ha recurrido a:

- Documentos oficiales como El VI Plan Regional de Drogas de Castilla y León 2009-2013. La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e

integración social de drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo, establece que el Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma. El VI Plan Regional sobre Drogas tiene en cuenta la evidencia científica, los resultados de la evaluación del Plan precedente y el diagnóstico de la situación de partida que caracteriza el momento presente y que se afronta en el futuro inmediato. En esta investigación se ha tenido en cuenta no sólo por los datos que nos proporciona de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, que es de donde procede nuestra muestra, sino también porque toma como referencia los siguientes documentos: la Estrategia Europea de lucha contra la droga (2005-2012), el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2009-2012), el Marco de referencia para la política sobre el alcohol en la Región Europea de la OMS, la Estrategia de la Unión Europea para reducir los daños relacionados con el alcohol y la Estrategia Nacional sobre drogas (2009-2016).

- La Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2013/2014.
- La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España (ESTUDES) 2012/2013.
- Otros libros oficiales de la Junta de Castilla y León que recogen estudios interesantes para la investigación: *“Estudio sobre Comorbilidad en drogodependientes en tratamiento en Castilla y León”* y *“Necesidades Terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León”*.
- El Manual SET de alcoholismo, elaborado por la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y referente para los profesionales e investigadores en este campo.
- Documentos secundarios, que han resultado de gran utilidad para la recogida de datos sobre la dependencia del alcohol: datos aportados por la OMS (notas

descriptivas) y datos recogidos del DSM-IV-TR.

Para la consulta de artículos de revistas, se han aprovechado los recursos ofrecidos por la Biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca a través de su portal <http://psi.usal.es/biblioteca>.

La consulta de bases de datos ha permitido ampliar los resultados obtenidos con las búsquedas en el resto de fuentes de información. Destacan las siguientes:

- Medline-Pubmed (“Medline-Pubmed,”) (“Medline-Pubmed,”), motor de búsqueda ofrecido por la National Library of Medicine del National Institutes of Health de los Estados Unidos que permite el acceso a más de 15.000.000 de referencias de revistas biomédicas.
- Embase (“Embase,”) (“Embase,”), la cual recoge principalmente literatura europea.
- Psycinfo(“PsycINFO,”)(“PsycINFO,”), uno de los productos electrónicos ofrecidos por la APA, permite la realización de consultas a partir de su *Thesaurus of Psychological Index Terms*.
- Psicodoc(“PSICODOC,”)(“PSICODOC,”), ofrecida por el Colegio de Psicólogos de Madrid, está especializada en bibliografía de Psicología y disciplinas afines, que ofrece enlaces al texto completo de las referencias.
- Scielo España(“Scielo España,”)(“Scielo España,”) (Scientific Electronic Library Online), es la biblioteca virtual de las revistas científicas españolas sobre ciencias de la salud. Proporciona acceso a toda la colección de revistas, a los números individuales, así como al texto completo de cada uno de los artículos.
- Teseo(“TESEO,”)(“TESEO,”), se utiliza como recopilatorio de las tesis doctorales leídas en España.
- Para el ámbito español resulta también de utilidad la consulta de las Bases de datos del CSIC, que contiene la producción científica publicada en España desde los años 70. Recogen fundamentalmente artículos de revistas científicas y de forma selectiva Actas de Congresos, Series, Compilaciones, Informes y

Monografías. En concreto, hemos utilizado:

- ISOC("ISOC,"), la base de datos de sumarios en Ciencias Sociales y Humanidades.
- Directorio de Revistas de CC Sociales y Humanidades("Directorio de Revistas de CC Sociales y Humanidades,")("Directorio de Revistas de CC Sociales y Humanidades,") dentro del apartado específico de psicología.

Un paso básico en la definición de cualquier estrategia de búsqueda es el de traducción desde el lenguaje natural a un lenguaje documental o controlado de los términos de búsqueda.

Para la interrogación de todas las herramientas de consulta planteadas se han utilizado como términos principales para la búsqueda, tanto en castellano como en inglés:

- Alcoholismo/ Alcoholism
- Personalidad/ Personality
- Síndrome Disejecutivo/ dysexecutive syndrome
- Córtex prefrontal/ prefrontal cortex
- Despistaje psicopatológico/ psychopathological screening
- Recidivas, recaídas/recurrence, relapse

La búsqueda se actualizó de manera continua a lo largo de todo el proceso de investigación.

Respecto a los resultados bibliográficos obtenidos se han gestionado con el gestor bibliográfico RefWorks.

De esta forma y tras la búsqueda y análisis bibliográfico se definen los objetivos e hipótesis que son los que van a dirigir la metodología y estudio empírico. Se buscó que tanto objetivos como hipótesis tuviesen una justificación teórica avalada por la bibliografía sobre el tema.

4.3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de resultados se elaboró una base de datos que recogía los resultados de todas las pruebas aplicadas y que luego permitía el análisis por un paquete estadístico. Esta base de datos ha sido realizada en Excel y se han empleado exclusivamente variables numéricas.

Durante el procedimiento de evaluación, los datos concernientes a los participantes se almacenaron igualmente en una base de datos, teniendo en cuenta en todo momento la privacidad de la información. Para tal fin se utilizaron las iniciales de los participantes, intentando resguardar el anonimato y la privacidad de los datos recogidos.

El programa estadístico que se utilizó para el tratamiento de los datos, como hemos visto anteriormente fue el IBM SPSS Statistics 22.

Finalmente, se realizó el análisis definitivo en el que se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas:

- Análisis descriptivo y exploratorio de las variables cuantitativas, empleando los índices estadísticos habituales como media, mediana, desviación estándar (o típica) y amplitud semi-intercuartil, además de los índices de Asimetría y Curtosis (altura o apuntamiento) así como el Test de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk (especial para grupos con $N < 50$), con el fin de determinar si las variables se distribuyen normalmente.
- Prueba T de Student (contratase de tipo paramétrico) y su alternativa no paramétrica: el test U de Mann-Whitney, con la intención de aumentar la confiabilidad estadística.
- El test Chi-cuadrado de homogeneidad para estudiar las diferencias intragrupo entre categorías.
- El test Chi-cuadrado de independencia entre 2 variables categóricas, que nos permite deducir de la presencia/ausencia de relación, la existencia o no de diferencias entre las distribuciones de porcentaje de ambos grupos y nos

permite también deducir las diferencias entre los porcentajes observados de casos en uno y otro grupo.

- El coeficiente de correlación de Spearman, que estima el grado de relación entre dos variables en función del orden de los sujetos en las mismas sin considerar el ajuste, o no, de las variables al modelo normal y sin la necesidad de verificar ningún otro supuesto previo.



5.~ RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPO EN LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

Para esta sección del estudio estadístico, correspondiente al Objetivo específico nº 1, se van a contrastar entre los GC de casos recogidos, las variables generadas por los test BADS y WISCONSIN.

Puesto que todas estas variables son de tipo cuantitativo, se comienza por realizar un estudio descriptivo y exploratorio de las mismas, donde, aparte de los índices estadísticos habituales, vamos a centrar la atención en la forma de la variable. En concreto, para determinar si las variables se distribuyen normalmente, o no. Para ello se han utilizado los índices de Asimetría y Curtosis (altura o apuntamiento) así como el Test de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk (especial para grupos con $N < 50$).

La condición de normalidad es habitual en test de contraste de tipo paramétrico. Para la posterior comparación entre grupos, la prueba más potente es la T de Student, que es precisamente paramétrica por lo que necesita el cumplimiento de esta condición; de ahí nuestro interés.

5.1.1 VARIABLES DEL BADS

Los resultados descriptivos y exploratorios de las variables de este instrumento se resumen en 3 tablas por razones de claridad expositiva. Se han analizado separando los participantes en función de su grupo clínico. En la **tabla 4** se presentan los 3 primeros subtest. Al respecto de la forma, admite el buen ajuste a la normalidad en el test de *Búsqueda de llaves* ($P < .05$ en la prueba de bondad de ajuste de SW) en ambos grupos, estando además los índices de asimetría y altura dentro de lo que se pueden considerar como rangos de normalidad. Se observa un claro desvío de la campana de Gauss en el test *Programación de una acción* ($P < .001$ en SW) debido a evidentes

asimetrías negativas en ambos grupos, es decir al predominio de los valores altos de la escala de puntuación. Y en la variable del test de *Cartas con cambio de forma*, se ha encontrado un desvío leve aunque admisible ($P < .05$) en ambos grupos, de manera que aprecia una cierta tendencia hacia la curva normal.

En la **tabla 5** se resumen los resultados de los otros tres subtest del BADS. En la variable de *Estimación de tiempo*, se ha encontrado un desvío significativo ($P < .01$) del modelo de la normal en el GC Con Recaída en tanto que, por el contrario, se admite un buen ajuste ($P > .05$) en el grupo sin recaídas. En la variable del subtest del *Mapa del Zoo*, también se aprecia ajuste al modelo de la normal ($P > .05$). Y en la variable del último subtest: *Seis elementos modificado*, mientras que en el GC Sin Recaídas se admite el correcto ajuste a la curva normal ($P > .05$) en el GC Con Recaída se detecta un leve desvío significativo ($P < .05$) que nos indican a pesar de ello una cierta tendencia hacia la normalidad.

Tabla 4: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de BADS; parte 1: test del 1 al 3

Variable	T1- Cartas con cambio de forma		T2 – Programación de una acción		T3 – Búsqueda de llaves		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		3.06	3.41	3.48	3.63	1.00	2.41
IC 95%: límite inferior		2.67	3.20	3.16	3.39	0.57	1.83
IC 95%: límite superior		3.45	3.61	3.81	3.86	1.43	2.98
Error típico de la media		0.19	0.10	0.16	0.12	0.21	0.28
Mediana		3.00	3.00	4.00	4.00	1.00	2.50
Mínimo		0	2	0	2	-1	-1
Máximo		4	4	4	4	4	4
Desviación estándar		1.09	0.56	0.91	0.66	1.22	1.60
Amplitud semi-intercuartil		0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	1.50
Forma: Asimetría		-1.21	-0.19	-2.51	-1.57	0.76	-0.67
Curtosis		0.91	-0.88	7.22	1.29	0.52	-0.59
Test S-W (P-valor)		.015 *	.021*	.000**	.000**	.135 ^{NS}	.089 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo ($P < .05$) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

** = Desvío significativo y grave ($P < .01$) del modelo de la normal de Gauss; distribución no normal

Tabla 5: *Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de BADS; parte 2: test del 4 al 6*

Variable	T4 – Estimación de tiempo		T5 – Mapa del Zoo		T6 – Seis elementos modificado		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		1.36	1.97	1.00	1.25	1.82	2.66
IC 95%: límite inferior		1.05	1.69	0.50	0.78	1.47	2.24
IC 95%: límite superior		1.68	2.25	1.50	1.72	2.17	3.07
Error típico de la media		0.16	0.14	0.25	0.23	0.17	0.20
Mediana		1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	3.00
Mínimo		0	1	-2	-1	0	1
Máximo		4	3	3	4	4	4
Desviación estándar		0.90	0.78	1.41	1.30	0.98	1.15
Amplitud semi-intercuartil		0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Forma: Asimetría		0.86	0.06	-0.35	0.07	0.60	-0.21
Curtosis		1.29	-1.33	-0.55	-0.56	-0.30	-1.39
Test S-W (P-valor)		.005**	.118 ^{NS}	.186 ^{NS}	.279 ^{NS}	.025 *	.172 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo (P<.05) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

** = Desvío significativo y grave (P<.01) del modelo de la normal de Gauss; distribución no normal

En la **tabla 6** se resumen los resultados obtenidos para la *Puntuación total* en sus tres formas de expresión: directa, estandarizada y corregida por la edad. En las tres la acumulación de los puntos de los 6 subtest anteriores, con la ampliación del rango de valores tanto posibles como observados empíricamente, contribuye de forma notable a que el buen ajuste de todas las variables al modelo de la normal (P>.05) se verifique en ambos grupos. Es decir, en conclusión, que se admite que estas variables se distribuyen normalmente.

Tabla 6: *Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de BADS; parte 3: puntuación total*

Variable	Puntuación directa total		Puntuación estandarizada		Punt. Estandarizada corregida por la edad		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		11.73	15.31	69.24	86.47	66.73	84.63
IC 95%: límite inferior		10.52	13.92	63.43	79.75	60.72	77.64
IC 95%: límite superior		12.93	16.70	75.06	93.19	72.73	91.61
Error típico de la media		0.59	0.68	2.86	3.29	2.95	3.42
Mediana		12.00	15.50	70.00	87.50	68.00	84.50
Mínimo		3	8	27	51	23	48
Máximo		19	22	104	119	102	118
Desviación estándar		3.40	3.86	16.40	18.64	16.93	19.36
Amplitud semi-intercuartil		2.00	3.00	8.50	14.50	10.00	15.50
Forma: Asimetría		-0.41	-0.17	-0.43	-0.17	-0.50	-0.19
Curtosis		0.83	-0.84	0.89	-0.85	0.76	-0.91
Test S-W (P-valor)		.470 ^{NS}	.778 ^{NS}	.247 ^{NS}	.813 ^{NS}	.492 ^{NS}	.883 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

El aceptable ajuste a la normalidad de estas variables (VD) permite la utilización de test de enfoque paramétrico para los análisis inferenciales de contraste que se van a realizar posteriormente. Este tipo de test tienen la ventaja de ser más potentes que los del enfoque no-paramétrico, aunque son más restrictivos en cuanto a sus condiciones de uso. Por otra parte, también permiten el cálculo del tamaño del efecto. Para ello, se ha optado por utilizar el coeficiente R^2 . Éste es un índice que cuantifica la magnitud de los cambios/diferencias observados/as en una escala adimensional que posibilita la comparación de efectos en variables medidas con diferentes instrumentos y por ello con diferentes escalas y unidades de medida. El coeficiente R^2 tiene un rango cerrado de valores: $[0 - 1]$ con unas referencias interpretativas estándar: sobre .050 es bajo/muy bajo; sobre .100 es leve; sobre .150 moderado bajo; .200 moderado alto; mayor a .250 ya es elevado; mayor a .360 es grande y desde .450 en adelante muy grande. Algo que además es utilizable con todo tipo de test estadísticos, y comparable entre distintas pruebas. (Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003).

No obstante, puesto que algunas de las variables se han encontrado desvíos muy significativos con respecto a la normalidad, lo que indicaría la preferencia de empleo de técnicas no-paramétricas para los contrastes (algo que entre otras cuestiones impide el cálculo del citado efecto con R^2) se ha optado, finalmente, por duplicar todos los contrastes, realizando tanto la prueba paramétrica (T de Student) como su alternativa no paramétrica (el test U de Mann-Whitney) con la intención de aumentar la confiabilidad estadística, en caso de semejanza entre los resultados de uno y otro, algo que es de esperar dado que la experiencia demuestra que rara vez el incumplimiento de la condición de normalidad, tiene efecto.

A continuación se exponen los resultados de la comparación intergrupos de las variables del BADS. En la **tabla 7** los seis subtest y en la **tabla 8** las puntuaciones totales. Como se puede comprobar, antes de nada, los resultados en cuanto a la presencia/ausencia de significación son los mismos en el test de Student y la alternativa de MW, confirmando que la falta de la condición de normalidad no tiene trascendencia y, por ello, elevando la confiabilidad estadística.

En todos los subtest, se ha encontrado que la media de los casos del grupo sin recaídas es superior a la media de los sujetos con ellas. Pero, la diferencia no alcanza significación estadística ($P > .05$) en tres de ellos: *Cartas con cambio de forma*, *Programación de una Acción* y *Mapa de Zoo*. Sí que los son y altamente significativa ($P < .001$) en (tabla 7):

- *Búsqueda de llaves*, siendo la diferencia entre ambos grupos de 1.41 puntos, de manera que se estima con una confianza del 95% una diferencia en el intervalo: 0.70 – 2.11; y que es equivalente a un tamaño del efecto moderado alto.
- *Estimación del tiempo*, donde desde una diferencia de 0.60 unidades se estima un IC al 95% de: 0.19 – 1.02, que se corresponde con un efecto moderado bajo.
- *Seis elementos modificado*, en la que la diferencia es de 0.84 puntos con un IC al 95% de entre 0.31 y 1.37 puntos, que representa una tamaño del efecto moderado.

Tabla 7: Test de diferencias de medias. Variables de los subtest de BADS, en función del GC.

Variables	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Cartas con cambio de forma	3.06	1.09	3.41	0.56	-1.60	63	.114 ^{NS}	---	-0.90	.368 ^{NS}
Programación de una acción	3.48	0.91	3.63	0.66	-0.71	63	.480 ^{NS}	---	-0.60	.549 ^{NS}
Búsqueda de llaves	1.00	1.22	2.41	1.60	-3.98	63	.000**	.201	-3.60	.000**
Estimación de tiempo	1.36	0.90	1.97	0.78	-2.90	63	.005**	.118	-2.90	.004**
Mapa del zoo	1.00	1.41	1.25	1.30	-0.74	63	.460 ^{NS}	---	-0.56	.573 ^{NS}
Seis elementos modificado	1.82	0.98	2.66	1.15	-3.16	63	.002**	.137	-2.88	.004**

N.S. = NO significativo ($P > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

En cuanto al contraste de la puntuación total BADS (tabla 8) en cualquiera de sus tres formas de expresión, los resultados obtenidos son similares en todas ellas. Se ha observado una diferencia altamente significativa ($P < .001$) y equivalente a un tamaño del efecto moderado alto. Como era de esperar, tras los resultados de los subtest, la media de los sujetos del GC Sin Recaídas es superior a la media de los que las tienen. El valor de la diferencia entre grupos varía según la forma de expresión de esta puntuación total, así por ejemplo, en puntuaciones estandarizadas corregidas por la edad, es de 17.90 puntos, con un IC de entre: 8.89 – 26.91 para una confianza del 95%.

Tabla 8: Test de diferencias de medias. Puntuación total de BADS, en función del GC.

Variables de la Puntuación Total	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Directas	11.73	3.40	15.31	3.86	-3.98	63	.000**	.201	-3.57	.000**
Estandarizada	69.24	16.40	86.47	18.64	-3.96	63	.000**	.199	-3.57	.000**
Estandarizada corregida por edad	66.73	16.93	84.63	19.36	-3.97	63	.000**	.200	-3.48	.000**

** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

En función de la puntuación total estandarizada y corregida por la edad, y utilizando la tabla del baremo del instrumento, se procede a clasificar a los sujetos en uno de estos grupos:

- Desempeño muy bajo
- Desempeño bajo
- Desempeño inferior a la media
- Desempeño medio
- Desempeño por encima de la media
- Desempeño superior
- Desempeño muy superior

La **tabla 9** que sigue presenta la distribución de frecuencias y porcentaje de los casos de ambos grupos, en estas categorías. Se ha contrastado las diferencias intragrupo entre categorías con el test Chi-cuadrado de homogeneidad; así como las diferencias intergrupos con el test Chi-cuadrado de independencia entre 2 variables categóricas que nos permite deducir de la presencia/ausencia de relación, la existencia o no de diferencias entre las distribuciones de porcentaje de ambos grupos. Como se puede comprobar en la citada tabla, se ha encontrado que:

- En el GC Con Recaídas, existen diferencias estadísticamente significativas (P<.001) entre las categorías de desempeño, de forma que los datos observados permiten deducir que la mayoría de esa submuestra se encuentra en la categoría con desempeños muy bajo (54.5%). A estos se les puede añadir otra buena tasa (27.3%) de casos en la categoría con desempeño bajo.

- En el GC Sin Recaídas, por el contrario no se han encontrado diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P > .05$) en la distribución de los casos entre las categorías observadas. Es decir que la tasa de casos en desempeño bajo o muy bajo, por ejemplo, es similar al porcentaje de casos con desempeño medio.
- Y, por último, que al comparar los resultados de ambos grupos se han encontrado diferencia altamente significativas ($P < .001$) coincidentes con los resultados ya comentados anteriormente (tabla 8) por los que se verifica que el desempeño de los sujetos del GC Con Recaídas es inferior (54.5 muy bajo) al desempeño de los sujetos del GC Sin Recaídas (solo 21.9% con muy bajo y 34.4% con desempeño medio).

Tabla 9: Distribución del desempeño en BADS. Categorías de clasificación. Contraste de categorías de los grupos y comparación entre grupos.

Categorías de la Puntuación Total en BADS, estandarizada y corregida por edad	Grupo clínico				Chi cuadrado entre grupos		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
Desempeño muy bajo	54.5 %	18	21.9 %	7	13.42	4	.000**
Desempeño bajo	27.3 %	9	21.9 %	7			
Desempeño inferior a la media	12.1 %	4	15.6 %	5			
Desempeño medio	6.1 %	2	34.4 %	11			
Desempeño por encima de la media	0 %	--	6.3 %	2			
Desempeño superior	0 %	--	0 %	--			
Desempeño muy superior	0 %	--	0 %	--			
<i>Chi cuadrado entre categorías dentro del grupo</i>	Valor	18.52	6.75				
	gl	3	4				
	P	.000**	.150 ^{NS}				

N.S. = NO significativo ($P > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

5.1.2. VARIABLES DEL WISCONSIN

Continuando con la misma estrategia estadística del apartado anterior, se procede a contrastar las variables que interesan para el presente estudio, de las que se generan mediante el test de Wisconsin. Se trata en concreto de: Número de categorías completas, Fallos para mantener la actitud, Perseveraciones y Respuestas de nivel conceptual. Las dos primeras están expresadas en valores directos (unidades) en tanto que las otras dos se expresan en forma de porcentaje sobre el total de respuestas.

En primer lugar se procede a la exploración y descripción. Los resultados obtenidos por grupo, se muestran en la **tabla 10** que sigue. Al respecto de la forma, se ha comprobado cómo la mayoría de las mediciones realizadas siguen el modelo normal del que no difieren significativamente ($P > .05$ en el test de SW). En una de ellas, se ha apreciado un ligero desvío significativo pero aceptable en cuanto que indica una tendencia hacia la normalidad. Y solamente en una, la variable Número de categorías completas en el GC Sin Recaídas, se ha observado un desvío altamente significativo ($P < .01$) del modelo normal. No obstante, se sigue confiando en que esto no tenga efecto distorsionador en los resultados de los contrastes posteriores. Contrastes que se siguen duplicando con los dos test (Student y MW) con la intención ya comentada de incrementar la confiabilidad estadística.

Tabla 10: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de WISCONSIN

Variable	Nº de Categorías completas		Fallos para mantener la actitud		Porcentaje de respuestas perseverativas		Porcentaje de respuestas nivel conceptual		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		3.30	4.81	1.24	1.38	23.64	17.56	45.94	61.44
IC 95%: límite inferior		2.65	4.24	0.76	0.88	19.67	14.10	39.45	54.92
IC 95%: límite superior		3.95	5.38	1.72	1.87	27.61	21.03	52.43	67.95
Error típico de la media		0.32	0.28	0.23	0.24	1.95	1.70	3.19	3.19
Mediana		3.00	6.00	1.00	1.00	20.00	16.50	46.00	62.00
Mínimo		0	1	0	0	8	5	7	30
Máximo		6	6	5	5	60	38	80	90
Desviación estándar		1.83	1.58	1.35	1.38	11.20	9.62	18.31	18.07
Amplitud semi-intercuartil		1.50	1.50	1.00	1.00	8.00	7.50	11.00	16.50
Forma: Asimetría		-0.25	-1.04	1.16	0.74	1.18	0.66	-0.06	-0.12
Curtosis		-0.55	-0.28	0.87	-0.14	2.04	-0.53	-0.29	-1.12
Test S-W (P-valor)		.321 ^{NS}	.004**	.039 *	.090 ^{NS}	.472 ^{NS}	.645 ^{NS}	.952 ^{NS}	.936 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo ($P < .05$) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

** = Desvío significativo y grave ($P < .01$) del modelo de la normal de Gauss; distribución no normal

Los resultados de los test de comparación entre ambos grupos clínicos se resumen en la **tabla 11**. De nuevo los dos test estadísticos alternativos empleados coinciden plenamente, confirmando que la falta de normalidad en alguna de las variables no tiene efectos trascendentes.

No se han encontrado diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P > .05$) en la variable *Fallos para mantener la actitud*, por lo que se debe de concluir que ambos grupos clínicos rinden de forma similar en dicha variable. En cambio, sí que aparecen diferencias significativas en las otras tres:

- En el Número de categorías completas la diferencia es altamente significativa ($P < .01$) y equivalente a un tamaño del efecto moderado. La media de los sujetos del GC Sin Recaídas es significativamente mayor que la del GC Con Recaídas. La diferencia entre unos y otros (1.51 unidades) se puede estimar dentro del intervalo: 0.66 – 2.36 con una confianza del 95%.
- En el porcentaje de respuestas Perseverativas la diferencia es significativa para $P < .05$ pero se corresponde con un efecto pequeño. Los datos indican ahora que las personas dependientes sin recaídas tienen una media menor que los sí tienen recaídas. La diferencia entre ambos (6.07%) nos permite estimar un IC al 95% de entre: 0.89 y 11.25. Pero, si el contraste se realiza entre los valores medios de la variable expresada en la escala estandarizada T, y aunque la media del GC Sin Recaídas es algo mayor, no se puede admitir la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($P > .05$).
- Y en el porcentaje de respuestas de Nivel conceptual la diferencia alcanza alta significación ($P < .01$) siendo el tamaño del efecto moderado. La media de las personas del GC Sin Recaídas es superior a la media de los casos del GC Con Recaídas. La diferencia entre ambos grupos (15.50%) permite estimar un IC al 95% de confianza de entre: 6.48 y 24.52 puntos. Al contrastar los valores medios de esta variable en escala T, se mantiene la existencia de diferencias significativas ($P < .01$ en Student y solo $P < .05$ en MW) en el mismo sentido, es decir que los casos del GC sin recaídas presenta una media más alta, aunque en esta forma de medida el tamaño del efecto que se observa es algo menor (moderado bajo). El IC que se estima para la diferencia, al 95%, es: 3.02 – 16.31 unidades.

Tabla 11: Test de diferencias de medias. Variables de WISCONSIN, en función del GC.

Variables	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Número de categorías completas	3.30	1.83	4.81	1.58	-3.56	63	.001**	.168	-3.30	.001**
Fallos para mantener la actitud	1.24	1.35	1.38	1.38	-0.39	63	.697 ^{NS}	---	-0.40	.687 ^{NS}
Porcent. de resp. perseverativas	23.64	11.20	17.56	9.62	2.34	63	.022 *	.080	2.22	.026 *
Perseveraciones: punt. en escala T	44.45	11.89	48.41	11.56	-1.36	63	.179 ^{NS}	---	-1.46	.145 ^{NS}
Porcent. de resp. nivel conceptual	45.94	18.31	61.44	18.07	-3.43	63	.001**	.158	-3.04	.002**
Resp. de nivel conceptual en escala T	85.27	12.69	94.94	14.10	-2.91	63	.005**	.118	-2.50	.013 *

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

A continuación se presenta la distribución de sujetos en función del número de categorías completas, en cada uno de los grupos, para la que se ha hecho la misma comparación de los grupos individuales y la comparación entre grupos, que se realizó en el anterior análisis del test BADS. Los resultados se resumen en la **tabla 12** y según se puede observar en ella, se puede concluir que:

- Dentro del GC Con Recaídas, el test Chi cuadrado de homogeneidad entre las categorías revela que las diferencias no alcanzan significación ($P > .05$) es decir que las tasas son similares a pesar de que parezca haber una mayor presencia de casos (30.3%) con 3 categorías completadas, que con cualquiera de los otros valores del rango [0 - 6].
- En cambio en el GC Sin Recaídas, el mayor número de casos se concentra (53.1%) en el valor máximo: 6 categorías completadas; siendo la diferencia con respecto a los demás valores, significativa ($P < .001$).
- De modo que en la comparación entre los grupos, se han encontrado diferencias significativas ($P < .05$) tales que podemos afirmar que mientras que en el GC Con Recaídas los casos se reparten entre todos los valores posibles [0 - 6] con especial concentración en el 3, en el GC Sin Recaídas la mayor parte se concentra en el valor 6 (53.1%) seguido del 5 (15.6%). Por tanto podemos concluir que los casos de este segundo grupo completan un mayor número de categorías que los del otro grupo. Resultado que concuerda con el ya obtenido y comentado anteriormente (ver tabla 11).

Tabla 12: Distribución de la variable Número de categorías en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.

Número de categorías completadas	Grupo clínico				Chi cuadrado entre grupos		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
0	12.1 %	4	0 %	--			
1	3.0 %	1	3.1 %	1			
2	12.1 %	4	9.4 %	3			
3	30.3 %	10	12.5 %	4	16.69	6	.011 *
4	15.2 %	5	6.3 %	2			
5	12.1 %	4	15.6 %	5			
6	15.2 %	5	53.1 %	14			
<i>Chi cuadrado entre categorías dentro del grupo</i>	Valor	9.21	32.50				
	gl	6	5				
	P	.162 ^{NS}	.000**				

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

De la misma manera se procede en la variable *Fallos para mantener la actitud*. Sus resultados se resumen en la **tabla 13** que sigue. Se ha obtenido que:

- En el GC Con Recaídas, se encuentran diferencias significativas ($P < .01$) entre el número de fallos observados. Los datos indican que la mayor parte del grupo se concentra en los valores 0 (36.4%) y 1 (30.3%).
- En el GC Sin Recaídas también se han encontrado diferencias significativas ($P < .01$) entre los valores, estando de nuevo una gran parte en el valor 0 (37.5%) aunque también hay sujetos repartidos en otras categorías de mayor valor, en especial en 1 (18.8%) y 2 (21.9%).
- En tanto que en la comparación entre los dos grupos, no se han encontrado diferencias significativas ($P > .05$) entre ambas distribuciones. De modo que se debe de concluir que el número de fallos se distribuye de forma similar entre ellos, resultado que está en consonancia con el resultado y la conclusión ya tomada y comentada anteriormente (ver tabla 11).

Tabla 13: Distribución de la variable Número de fallos para mantener la actitud en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.

Número de fallos para mantener la actitud	Grupo clínico				Chi cuadrado entre grupos		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
0	36.4 %	12	37.5 %	12	2.74	5	.740 ^{NS}
1	30.3 %	10	18.8 %	6			
2	18.2 %	6	21.9 %	7			
3	6.1 %	2	15.6 %	5			
4	6.1 %	2	3.1 %	1			
5	3.0 %	1	3.1 %	1			
<i>Chi cuadrado entre categorías dentro del grupo</i>	Valor	19.54	16.00				
	gl	5	5				
	P	.002**	.007**				

N.S. = NO significativo ($P > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

En las otras dos variables del instrumento WISCONSIN, se recurre a la siguiente clasificación para interpretar las puntuaciones normativas estandarizadas (escala T) cuyas medias se contrastaron anteriormente (de nuevo, tabla 11):

- Deterioro grave: ≤ 54 puntos
- Deterioro grave-moderado: 55 – 61

- Deterioro moderado: 62 – 69
- Deterioro moderado a intermedio: 70 - 76
- Deterioro intermedio: 77 - 84
- Deterioro superior a la media: 85 - 91
- Deterioro medio: 92 - 106
- Deterioro inferior al medio: ≥ 107 puntos.

La **tabla 14** resume los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación en la variable Perseveraciones:

- Tanto en el GC Con Recaídas como en el GC Sin Recaídas, se puede afirmar que en la comparación interna de la distribución de los casos en las categorías de clasificación se encuentran diferencias altamente significativas ($P < .001$) debidas a la clara concentración de casos en la categoría de deterioro grave (87.9% en uno y 78.1% en el otro) con respecto al resto de ellas.
- Por esa misma razón en el contraste entre los grupos, el test Chi cuadrado no detecta diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P > .05$) coincidiendo con la ausencia de significación en escala T ya vista y comentada anteriormente (tabla 11).

Tabla 14: Distribución de la variable Perseveraciones en el WISCONSIN. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.

Categorías de clasificación en Perseveraciones	Grupo clínico				Chi cuadrado entre grupos		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
Deterioro grave	87.9 %	29	78.1 %	25	6.71	4	.152 ^{NS}
Deterioro grave-moderado	3.0 %	1	6.3 %	2			
Deterioro moderado	3.0 %	1	12.5 %	4			
Deterioro moderado a intermedio	6.1 %	2	0 %	--			
Deterioro intermedio	0 %	--	3.1 %	1			
Deterioro superior a la media	0 %	--	0 %	--			
Deterioro medio	0 %	--	0 %	--			
Deterioro inferior al medio	0 %	--	0 %	--			
<i>Chi cuadrado entre categorías dentro del grupo</i>	Valor	69.67	48.75				
	gl	3	3				
	p	.000**	.000**				

N.S. = NO significativo ($P > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Y finalmente, en la **tabla 15** se presentan los resultados de la variable *Respuestas de nivel conceptual*, en la que se ha observado que:

- En el GC Con Recaídas se han encontrado diferencias significativas ($P < .05$) entre las categorías de clasificación tales que se puede admitir que hay menos sujetos en los grupos con deterioro grave-moderado (3%) y moderado (6.1%) junto al otro extremo, en el deterioro inferior al medio (6.1%) que en la categorías centrales. Conviene destacar que la mayor tasa se encuentra en el grado de deterioro medio (30.3%) y en el intermedio (24.2%).
- Por su parte, en el GC Sin Recaídas, a pesar de la pequeña tasa observada en el grado de deterioro moderado-intermedio (3.1%) la homogeneidad entre el resto de categorías nos lleva a concluir que la diferencia entre ellas no es significativa ($P > .05$). Hay que comentar que la mayor tasa de sujetos está en las mismas categorías del otro grupo: deterioro medio (31.3%) e intermedio (28.1%).
- Como consecuencia de estos últimos datos citados, principalmente, se llega a la conclusión de que no existen diferencias significativas ($P > .05$) entre los dos GC. Conclusión que va en contra de la obtenida anteriormente (tabla 11) cuando se compararon las medias en escala T donde, recordemos, se obtenía una significación debida a que el GC Sin Recaídas presenta una media mayor. Por tanto, la categorización diagnóstica del grado de deterioro parece estar contribuyendo a difuminar diferencias que sí existen entre los grupos.

Tabla 15: Distribución de la variable *Respuestas de nivel conceptual* en el *WISCONSIN*. Contraste de los grupos y comparación entre grupos.

Categorías de clasificación en <i>Respuestas de nivel conceptual</i>	Grupo clínico				Chi cuadrado entre grupos				
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P		
	%	(n)	%	(n)					
Deterioro grave	0 %	--	0 %	--					
Deterioro grave-moderado	3.0 %	1	0 %	--					
Deterioro moderado	6.1 %	2	0 %	--					
Deterioro moderado a intermedio	15.2 %	5	3.1 %	1	10.06	6	.122 ^{NS}		
Deterioro intermedio	24.2 %	8	28.1 %	9					
Deterioro superior a la media	15.2 %	5	15.6 %	5					
Deterioro medio	30.3 %	10	31.3 %	10					
Deterioro inferior al medio	6.1 %	2	21.9 %	7					
<i>Chi cuadrado entre</i>	Valor	14.30	8.00						
<i>categorías dentro</i>	gl	6	4						
<i>del grupo</i>	P	.026 *	.092 ^{NS}						

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

5.1.2.1. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES DEL WISCONSIN.

En esta sección se pretende relacionar la variable Fallos para mantener la actitud con las variables Perseveraciones y el número de Categorías completas, según la clasificación categórica anteriormente empleada. Este estudio asociativo se realiza para cada grupo de forma independiente.

Para ello, la variable Fallos, se categoriza en cuatro niveles: sin fallo / 1 fallo / 2 fallos / más de 2. Por lo que para los cruces bivariados que vamos a plantear recurrimos de nuevo al Test Chi cuadrado de independencia.

5.1.2.1.1. EN EL GRUPO CLÍNICO CON RECAÍDAS.

Como se puede apreciar en la **tabla 16**, en ninguno de los dos cruces se han encontrado evidencias suficientes de asociación estadísticamente significativa ($P > .05$). Aunque puede que en parte esté debido al elevado número de casillas con frecuencias muy pequeñas e incluso con 0 casos.

Tabla 16: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Asociación de los Fallos para mantener la actitud con las Perseveraciones y el número de Categorías completas del WISCONSIN, en el GC Con Recaída.

Variable	Categoría	Fallos para mantener la actitud				Test Chi-cuadrado		
		Sin f. (n=12)	Uno (n=10)	Dos (n=6)	>Dos (n=5)	Valor	gl	P
Respuestas perseverativas	Det. grave	91.7%	90.0%	100%	60.0%	9.80	9	.366 ^{NS}
	Det. grave-moderado	--	--	--	20.0%			
	Det. moderado	--	--	--	20.0%			
	Det. moderado a intermedio	8.3%	10.0%	--	--			
Categorías completas	Det. grave-moderado	8.3%	--	--	--	16.20	18	.578 ^{NS}
	Det. moderado	--	10.0%	--	20.0%			
	Det. moderado a intermedio	25.0%	20.0%	--	--			
	Det. intermedio	25.0%	20.0%	33.3%	20.0%			
	Det. superior a la media	8.3%	20.0%	33.3%	--			
	Det. medio	25.0%	20.0%	33.3%	60.0%			
Det. inferior al medio	8.3%	10.0%	--	--				

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

5.1.2.1.2. EN EL GRUPO CLÍNICO SIN RECAÍDAS.

Por su parte en el GC Sin Recaídas (**tabla 17**) se han encontrado resultados muy similares, en cuanto a la ausencia de significación ($P > .05$) en la relación de la variable Fallos para mantener la actitud con las otras dos variables del WISCONSIN.

Tabla 17: *Análisis asociativo: Chi-cuadrado.* Asociación de los Fallos para mantener la actitud con las Perseveraciones y el número de Categorías completas del WISCONSIN, en el GC Sin Recaída.

Variable	Categoría	Fallos para mantener la actitud				Test Chi-cuadrado		
		Sin f. (n=12)	Uno (n=6)	Dos (n=7)	>Dos (n=7)	Valor	Gl	P
<i>Respuestas perseverativas</i>	Det. grave	66.7%	100%	85.7%	71.4%	9.29	9	.411 ^{NS}
	Det. grave-moderado	8.3%	--	14.3%	--			
	Det. moderado	16.7%	--	--	28.6%			
	Det. moderado a intermedio	--	--	--	--			
	Det. intermedio	8.3%	--	--	--			
<i>Categorías completas</i>	Det. moderado a intermedio	8.3%	--	--	--	16.48	12	.170 ^{NS}
	Det. intermedio	25.0%	50.0%	14.3%	28.6%			
	Det. superior a la media	8.3%	33.3%	--	28.6%			
	Det. medio	16.7%	16.7%	71.4%	28.6%			
	Det. inferior al medio	41.7%	--	14.3%	14.3%			

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

5.2. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPO EN LA CAPACIDAD INTELLECTUAL GENERAL

Para comprobar esta hipótesis se utiliza la variable Puntuación CI total de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS-III), así como los valores de los CI Verbal y manipulativo. Estas variables van a ser analizadas tanto de forma cuantitativa aunque también podría hacerse de forma categórica. Para el análisis en su expresión numérica, se va a emplear el mismo procedimiento estadístico de los apartados anteriores (Student y MW). Para el análisis en forma categórica, se debe emplear el test Chi-cuadrado de independencia, que, como ya se comentó, nos permite también deducir las diferencias entre los porcentajes observados de casos en uno y otro grupo.

La **tabla 18** presenta los resultados descriptivos las tres variables de CI en forma cuantitativa. En el análisis de la forma, tanto los índices descriptivos de asimetría y curtosis como la prueba de bondad de ajuste ($P > .05$) confirman que todas las variables

se acomodan correctamente al modelo de la campana normal de Gauss.

Esto da total validez a los resultados del test de Student que se empleará después para la comparación entre los dos grupos clínicos. Aunque en la tabla de resultados de estos contrastes sigue apareciendo el resultado de la alternativa no-paramétrica de MW que no son necesarios.

Tabla 18: *Análisis descriptivo y exploratorio.* Cociente intelectual. Test WAIS-III.

Variable	CI TOTAL		CI VERBAL		CI MANIPULATIVO		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		90.85	102.06	93.67	105.66	89.36	99.00
IC 95%: límite inferior		86.48	98.00	88.91	101.02	85.34	94.89
IC 95%: límite superior		95.22	106.13	98.43	110.29	93.38	103.11
Error típico de la media		2.14	1.99	2.34	2.27	1.97	2.02
Mediana		92.00	100.50	96.00	104.00	88.00	100.00
Mínimo		65	69	61	71	70	71
Máximo		115	123	112	130	117	131
Desviación estándar		12.32	11.28	13.42	12.85	11.34	11.40
Amplitud semi-intercuartil		9.25	6.75	9.75	8.37	6.25	7.12
Forma: Asimetría		-0.27	-0.33	-0.73	-0.17	0.55	0.27
Curtosis		-0.12	1.36	0.12	0.51	0.68	1.49
Test S-W (P-valor)		.789 ^{NS}	.330 ^{NS}	.738 ^{NS}	.915 ^{NS}	.566 ^{NS}	.937 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

En la **tabla 19** se resumen los resultados de los contrastes de medias de la capacidad intelectual entre grupos. Se ha observado que el rendimiento medio de los sujetos del GC sin recaídas es superior al rendimiento medio de los casos del GC Con Recaídas, siendo en las tres variables la diferencia altamente significativa:

- En el Cociente Intelectual Total ($P < .001$) la diferencia entre los grupos se estima dentro del IC al 95% de entre 5.35 y 17.07 puntos, y es equivalente a un tamaño del efecto moderado / moderado-alto.
- En C.I. Verbal ($P < .001$) la diferencia estimada al nivel del 95% está dentro del intervalo: 5.47 – 18.51 y se corresponde con un efecto moderado.
- Y en el C.I. Manipulativo ($P < .01$) la diferencia, siempre a favor de los sujetos del GC Sin Recaídas, se sitúa en el intervalo 4.00 – 15.27, con una confianza del 95% y correspondiéndose con un tamaño del efecto moderado.

Tabla 19: Test de diferencias de medias. Capacidad intelectual WAIS-III, en función del GC.

Variables del WAIS-III	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Coc. Intelectual total	90.85	12.32	102.06	11.28	-3.82	63	.000**	.188	-3.52	.000**
Coc. Intelectual verbal	93.67	13.42	105.66	12.85	-3.68	63	.000**	.177	-3.27	.001**
Coc. Intelectual manipulativo	89.36	11.34	99.00	11.40	-3.42	63	.001**	.156	-3.40	.001**

** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Para el estudio de estas variables de forma categórica, los puntos de corte necesarios para esta categorización se basan en los valores de los C.I. Verbal, Manipulativo y Total en función de los límites establecidos por la CIE-10:

<20: Retraso mental profundo

20-34: Retraso mental grave

35-49: retraso mental moderado

50-69: retraso ligero

70-84: Límite

85-110: Inteligencia Normal

Ahora al repetir los análisis anteriores, de estas mismas variables desde su expresión en forma categórica (**tabla 20**) encontramos que puesto que la mayor parte de los sujetos se sitúan en la categoría central del nivel intelectual normal, es más difícil de encontrar las diferencias significativas entre grupos que acabamos de probar a través del contraste de las medias. Aun así, siguen apareciendo diferencias altamente significativas (P<.01) en el CI Total debido sobre todo a la presencia de más sujetos en la categoría de inteligencia superior en el GC Sin Recaídas (21.9%) con respecto al GC Con Recaídas (6.1%). En la variable CI Verbal ya las diferencia son significativas solo para P<.05, si bien se observa una diferencia similar a la anterior en la categoría del nivel intelectual superior (28.1% vs 9.1%). Pero en el CI Manipulativo ya no se puede detectar diferencia significativa (P>.05) aunque hay claramente más casos en la

categoría normal en el GC Sin Recaídas (81.3% vs 66.7%).

Tabla 20: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de Capacidad intelectual general, en función del GC.

Variables WAIS-III	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
C.I. total	Retraso mental ligero (50-69)	9.1% (3)	3.1% (1)	13.88	3	.003**
	R.M. límite (70-84)	21.2% (7)	0% (–)			
	Inteligencia normal (85-110)	63.6% (21)	75.0% (24)			
	Inteligencia superior (>110)	6.1% (2)	21.9% (7)			
C.I. verbal	Retraso mental ligero (50-69)	6.1% (2)	0% (–)	9.86	3	.020 *
	R.M. límite (70-84)	18.2% (6)	3.1% (1)			
	Inteligencia normal (85-110)	66.7% (22)	68.8% (22)			
	Inteligencia superior (>110)	9.1% (3)	28.1% (9)			
C.I. manipulativo	R.M. límite (70-84)	27.3% (9)	9.4% (3)	3.66	3	.160 ^{NS}
	Inteligencia normal (85-110)	66.7% (22)	81.3% (26)			
	Inteligencia superior (>110)	6.1% (2)	9.4% (3)			

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

En consecuencia, la pérdida de información que acarrea categorizar las variables nos impide tener una mejor perspectiva sobre las diferencias entre los GC y por ello no se van a seguir analizando en el resto de variable del WAIS, implicadas en los objetivos que se estudian en los apartados siguientes.

5.3. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPOS EN ÍNDICE DE COMPRENSIÓN VERBAL

Para este objetivo, se dispone de la variable del mismo nombre generada por el WAIS-III. La **tabla 21** muestra la exploración descriptiva de esta variable. La prueba de bondad de ajuste a la normalidad de Shapiro-Wilk indica que los datos se ajustan correctamente (P>.05) al modelo de una normal de Gauss, validando por tanto la utilización de test paramétricos con ella.

Tabla 21: Análisis descriptivo y exploratorio.
Comprensión Verbal del WAIS-III

Variable	Comprensión verbal del WAIS-III		
	GRUPO	GC con recaídas	GC sin recaídas
Media		96.76	106.41
IC 95%: límite inferior		92.20	102.23
IC 95%: límite superior		101.31	110.58
Error típico de la media		2.24	2.05
Mediana		96.00	104.00
Mínimo		66	75
Máximo		119	129
Desviación estándar		12.85	11.59
Amplitud semi-intercuartil		8.50	6.00
Forma: Asimetría		-0.22	0.18
Curtosis		-0.28	1.02
Test S-W (P-valor)		.591 ^{NS}	.470 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

Al comparar el rendimiento de los dos grupos clínicos en esta variable (**tabla 22**) se ha encontrado que la media del GC Sin Recaídas es significativamente más elevada ($P < .01$) que la media de los sujetos del GC Con Recaídas, diferencia que equivale a un tamaño del efecto moderado / moderado bajo. Con una confianza del 95% se ha estimado que la diferencia entre ambos grupos se encuentra dentro del IC de 3.58 a 15.72 puntos.

Tabla 22: Test de diferencias de medias. Comprensión Verbal del WAIS-III, en función del GC.

Variable del WAIS-III	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Comprensión verbal	96.76	12.85	106.41	11.59	-3.18	63	.002**	.138	-2.98	.003**

** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Desde la perspectiva categórica (**tabla 23**) sin embargo, no se logra probar la diferencia significativa anterior ($P > .05$) puesto que la mayor parte de los casos de ambos grupos se encuentran en el mismo nivel, el normal (63.6% y 71.9%). Es decir que esta forma de análisis enmascara la existencia de diferencias que realmente existen cuando se comparan los valores promedio (tabla 22).

Tabla 23: *Análisis asociativo: Chi-cuadrado.* Categorías de CI de la Comprensión Verbal, en función del GC.

Categorías de CI en la variable Comprensión verbal del WAIS-III	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
	CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Retraso mental ligero (50-69)	3.0 % (1)	0 % (--)	4.66	3	.198 ^{NS}
R.M. límite (70-84)	15.2 % (5)	3.1 % (1)			
Inteligencia normal (85-110)	63.6 % (21)	71.9 % (23)			
Inteligencia superior (>110)	18.2 % (6)	25.0 % (8)			

N.S. = NO significativo (P>.05)

5.4. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPOS EN ÍNDICE DE ORGANIZACIÓN PERCEPTIVA

La **tabla 24** contiene el resultado de la exploración descriptiva de esta variable. En este caso se ha obtenido que en tanto que la variable sí que ajusta al modelo de una normal en el GC de pacientes Con Recaídas, presenta una diferencia altamente significativa (P<.01) con respecto al mismo en el GC Sin Recaídas. Por tanto no se puede admitir que se distribuye normalmente, debido especialmente a que su altura es claramente más alta que la de la normal.

Tabla 24: *Análisis descriptivo y exploratorio.* Organización Perceptiva del WAIS-III.

Variable	Organización perceptiva del WAIS-III		
	GRUPO	GC con recaídas	GC sin recaídas
Media		90.39	95.34
IC 95%: límite inferior		86.36	88.58
IC 95%: límite superior		94.43	102.11
Error típico de la media		1.98	3.32
Mediana		89.00	99.00
Mínimo		67	11
Máximo		120	118
Desviación estándar		11.37	18.77
Amplitud semi-intercuartil		6.50	7.00
Forma: Asimetría		0.70	-3.08
Curtosis		1.09	13.10
Test S-W (P-valor)		.837 ^{NS}	.002**

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

** = Desvío significativo y grave (P<.01) del modelo de la normal de Gauss; distribución no normal

Como consecuencia de lo anterior, al comparar los GC en esta variable es necesario asegurarse de que los dos test estadísticos alternativos que empleamos, generan resultados similares que nos incrementen la confiabilidad estadística. La **tabla 25** contiene estos resultados y como se puede comprobar en ellos, en esta ocasión no hay coincidencia entre pruebas. El test de Student no detecta diferencias significativas ($P > .05$) entre los dos grupos de pacientes, por lo que no se puede estimar ni el tamaño del efecto ni la diferencia, que debe ser casi nula según este resultado. Sin embargo, el test no-paramétrico de Mann-Whitney sí que detecta significación entre los grupos ($P < .01$) de modo que se podría admitir la diferencia entre grupos. Los valores de las medianas (tabla 24) nos indican que de ser cierto, los valores de los sujetos del GC Sin Recaídas (mediana: 99) serían superiores que los valores de los sujetos con recaídas (mediana: 89). Como conclusión, aunque el resultado no es totalmente concluyente, parece que sí que hay indicios de que podría haber una diferencia de rendimiento a favor de los sujetos del GC Sin Recaídas.

Tabla 25: Test de diferencias de medias. Organización Perceptiva del WAIS-III, en función del GC.

Variable del WAIS-III	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Organización perceptiva	90.39	11.37	95.34	18.77	-1.29	63	.202 ^{NS}	---	-2.72	.007**

N.S. = NO significativo ($P > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Al realizar el contraste comparando las categorías de clasificación (**tabla 26**) al igual que ocurría en la variable anterior, la significación antes comprobada, ahora ya no aparece ($P > .05$) debido a que la mayor parte de los sujetos se sitúan de nuevo en nivel normal (57.6% vs 75%).

Tabla 26: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de CI de la Organización Perceptiva, en función del GC.

Categorías de CI en la variable Organización perceptiva del WAIS-III	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
	CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Retraso mental grave (20-34)	0 % (0)	3.1 % (1)			
Retraso mental ligero (50-69)	3.0 % (1)	3.1% (1)			
R.M. límite (70-84)	33.3 % (11)	9.4 % (3)	7.02	4	.135 ^{NS}
Inteligencia normal (85-110)	57.6 % (19)	75.0 % (24)			
Inteligencia superior (>110)	6.1 % (2)	9.4 % (3)			

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

5.5. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPOS EN EL ÍNDICE DE MEMORIA DE TRABAJO

La exploración de los valores de esta variable (**tabla 27**) nos permite determinar el buen ajuste ($P > .05$) de la misma en ambos grupos al modelo de la curva normal. Es decir que se admite la distribución normal de la variable que legitima el empleo del test de Student en el contraste que sigue.

Tabla 27: *Análisis descriptivo y exploratorio. Memoria de Trabajo del WAIS-III.*

Variable	Memoria de trabajo del WAIS-III		
	GRUPO	GC con recaídas	GC sin recaídas
Media		92.45	107.25
IC 95%: límite inferior		87.16	101.75
IC 95%: límite superior		97.75	112.75
Error típico de la media		2.60	2.70
Mediana		96.00	108.00
Mínimo		56	75
Máximo		110	129
Desviación estándar		14.92	15.25
Amplitud semi-intercuartil		9.50	13.00
Forma: Asimetría		-0.99	-0.39
Curtosis		0.39	-0.70
Test S-W (P-valor)		.424 ^{NS}	.753**

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

En la **tabla 28** se muestran los resultados del contraste entre grupos en esta variable. Se he encontrado una diferencia altamente significativa ($P < .001$) equivalente a un tamaño del efecto moderado alto, de manera que se puede admitir que los sujetos del GC Sin Recaídas tienen un rendimiento más elevado que los del GC Con Recaídas, siendo posible estimar entre unos y otros una diferencia en el IC: 7.32 – 22.27 con una confianza del 95%.

Tabla 28: *Test de diferencias de medias. Memoria de Trabajo del WAIS-III, en función del GC.*

Variable del WAIS-III	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Memoria de trabajo	92.45	14.92	107.25	15.25	-3.95	63	.000**	.199	-3.48	.001**

** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

En el contraste realizado comparando la misma variable en forma categórica (**tabla 29**) se mantiene la existencia de diferencia altamente significativas entre los grupos ($P < .001$) puesto que mientras que el GC Con Recaídas los sujetos se concentran en el nivel normal (75.8%), en el GC Sin Recaídas en ese nivel hay menos sujetos (46.9%) pero porque aparecen más en el nivel superior (43.8% vs 0%). De modo que estos resultados están en la línea de los anteriores (tabla 28).

Tabla 29: *Análisis asociativo: Chi-cuadrado.* Categorías de CI de la Memoria de Trabajo, en función del GC.

Categorías de CI en la variable Memoria de trabajo del WAIS-III	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
	CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Retraso mental ligero (50-69)	12.1 % (4)	0 % (--)	27.61	3	.000**
R.M. límite (70-84)	12.1 % (4)	9.4 % (3)			
Inteligencia normal (85-110)	75.8 % (25)	46.9 % (15)			
Inteligencia superior (>110)	0 % (--)	43.8 % (14)			

** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

5.6. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPOS EN EL ÍNDICE DE VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO

En la exploración de esta variable (**tabla 30**) se ha encontrado un buen grado de ajuste ($P > .05$) al modelo de la curva normal en ambos grupos de sujetos. Por tanto se admite que la variable se distribuye normalmente, lo que legitima el empleo del test de Student en el contraste entre grupos.

Tabla 30: *Análisis descriptivo y exploratorio.* Velocidad de Procesamiento del WAIS-III.

Variable	Velocidad de procesamiento del WAIS-III		
	GRUPO	GC con recaídas	GC sin recaídas
Media		94.88	106.56
IC 95%: límite inferior		90.78	104.12
IC 95%: límite superior		98.98	109.00
Error típico de la media		2.02	1.20
Mediana		95.00	170.50
Mínimo		72	92
Máximo		117	120
Desviación estándar		11.57	6.77
Amplitud semi-intercuartil		9.00	4.00
Forma: Asimetría		0.04	0.11
Curtosis		-0.61	-0.16
Test S-W (P-valor)		.849 ^{NS}	.284**

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

Los resultados del contraste entre grupos en esta variable están resumidos en la **tabla 31**. Se detecta una diferencia altamente significativa ($P < .001$) que se corresponde con un tamaño del efecto elevado en esta ocasión. En consecuencia, se puede admitir que las personas del GC Sin Recaídas tienen un rendimiento más alto que las del GC Con Recaídas. La diferencia entre grupos se estima en el IC: 6.97 – 16.40 con una confianza del 95%.

Tabla 31: Test de diferencias de medias. Velocidad de Procesamiento del WAIS-III, en función del GC.

Variable del WAIS-III	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Velocidad de procesamiento	94.88	11.57	106.56	6.77	-4.95	63	.000**	.280	-4.16	.000**

** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Y al contrastar la variable en forma categórica (**tabla 32**) se sigue apreciando diferencia altamente significativa ($P < .001$) debida especialmente a que en el nivel superior aparecen más casos del GC Sin Recaídas (31.3% vs 15.2%), en tanto que en el GC Con Recaídas hay más casos en el nivel límite (24.2% vs 0%).

Tabla 32: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Categorías de CI de la Velocidad de Procesamiento, en función del GC.

Categorías de CI en la variable Velocidad de procesamiento del WAIS-III	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
	CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
R.M. límite (70-84)	24.2 % (8)	0 % (0)			
Inteligencia normal (85-110)	60.6 % (20)	68.8 % (22)	12.87	2	.002**
Inteligencia superior (>110)	15.2 % (5)	31.3 % (10)			

** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

5.7. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS INTER-GRUPO EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS

Para esta parte del trabajo estadístico se dispone de las variables generadas por el test MCMI-III. Este instrumento incluye, además de todos los factores clínicos y de personalidad que evalúa, tres escalas de validez, no analizables a nivel grupal, pero que se utilizan para validar/invalidar un protocolo individual. Estas escalas, han detectado 6 casos (4 sujetos dentro del GC Con Recaídas y otros 2 dentro del GC Sin Recaídas), en

los que los protocolos presentan una validez cuestionable o directamente no son válidos, por lo cual se aíslan en el análisis estadístico con el fin de que no contaminen los resultados. Esto no quiere decir, que no se pueda llevar a cabo un análisis cualitativo con el fin de valorar si existe una percepción negativa de sí mismos, pudiendo existir una diferencia entre su estado de salud real y la conducta de salud.

En consecuencia para esta parte del análisis y siempre que se utilicen estas variables del MCMI-III, el número de casos de GC Sin Recaídas se reduce a 29 sujetos y el del GC Con Recaídas, a 30; es decir 59 personas con dependencia del alcohol en total.

Puesto que las variables medidas a través de este instrumento son también cuantitativas se va a mantener la misma estrategia estadística con la que se ha venido trabajando en los apartados anteriores. El estudio se presenta ordenado por grupos de variables.

5.7.1. PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD.

Se comienza con la descripción y exploración de las variables en ambos grupos clínicos, prestando especial atención a su ajuste, o no, a la normalidad. Dado el elevado número de variables, se precisa más de una tabla para que haya claridad expositiva en los valores de los índices estadísticos. Los resultados de las 11 variables que corresponden a los patrones clínicos, se resumen en las **tablas 33, 34 y 35** que siguen.

Como se puede comprobar en ellas, casi todas las variables presentan en el test SW de bondad de ajuste al modelo normal un valor que nos permite admitir que sus diferencias con respecto al mismo, no son estadísticamente significativas ($P > .05$) aunque en algunas de ellas los índices de asimetría y curtosis puedan estar indicando algunos desvíos. En dos de las variables (**tablas 34 y 35**) se ha encontrado diferencias significativas ($P < .05$) en dicho test, aunque esta desviación es leve y se puede admitir una tendencia hacia la normalidad.

Tabla 33: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III; parte 1ª

Variable	PC: Esquizoide		PC: Evitativo		PC: Depresivo		PC: Dependiente		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		51.31	41.83	54.14	42.10	56.97	42.23	56.38	47.33
IC 95%: límite inferior		45.75	33.86	46.87	34.93	51.30	33.02	50.14	38.67
IC 95%: límite superior		56.87	49.80	61.41	49.27	62.43	51.45	62.62	56.00
Error típico de la media		2.71	3.90	3.55	3.51	2.76	4.51	3.05	4.23
Mediana		50.00	44.00	60.00	40.00	62.00	41.00	58.00	53.00
Mínimo		17	0	8	7	15	0	13	7
Máximo		72	79	78	71	78	76	97	77
Desviación estándar		14.61	21.35	19.12	19.21	14.89	24.68	16.41	23.20
Amplitud semi-intercuartil		9.00	19.00	12.50	17.00	8.50	25.00	9.50	24.00
Forma: Asimetría		-0.66	-0.18	-1.18	-0.19	-1.23	-0.12	-0.42	-0.42
Curtosis		-0.10	-1.26	0.61	-1.04	0.99	-1.31	1.63	-1.31
Test S-W (P-valor)		.495 ^{NS}	.319 ^{NS}	.359 ^{NS}	.365 ^{NS}	.053 ^{NS}	.423 ^{NS}	.662 ^{NS}	.545 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

Tabla 34: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III; parte 2ª

Variable	PC: Histriónico		PC: Narcisista		PC: Antisocial		PC: Agresivo		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		37.86	55.47	58.07	66.30	66.21	57.43	61.10	48.37
IC 95%: límite inferior		30.50	48.51	51.82	62.94	63.44	50.81	56.89	41.06
IC 95%: límite superior		45.23	62.42	64.32	69.66	68.97	64.06	65.32	55.67
Error típico de la media		3.60	3.40	3.05	1.64	1.35	3.24	2.06	3.57
Mediana		39.00	52.50	60.00	64.00	67.00	63.00	61.00	55.50
Mínimo		3	12	23	48	50	9	30	7
Máximo		68	88	86	87	83	76	100	80
Desviación estándar		19.36	18.62	16.43	9.01	7.28	17.74	11.09	19.56
Amplitud semi-intercuartil		17.00	11.50	10.50	5.00	5.00	13.50	5.50	13.00
Forma: Asimetría		-0.28	0.06	-0.37	0.14	0.09	-1.48	0.71	-0.68
Curtosis		-0.96	0.02	0.10	0.24	0.26	1.59	6.34	-0.62
Test S-W (P-valor)		.658 ^{NS}	.914 ^{NS}	.942 ^{NS}	.526 ^{NS}	.840 ^{NS}	.011 [*]	.290 ^{NS}	.133 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo (P<.05) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

Tabla 35: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III; parte 3ª

Variable	PC: Compulsivo		PC: Negativista		PC: Autodestructivo		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		42.69	56.80	58.14	43.57	52.69	39.40
IC 95%: límite inferior		36.18	50.89	54.25	34.93	47.40	31.20
IC 95%: límite superior		49.20	62.71	62.02	52.20	57.98	47.60
Error típico de la media		3.18	2.89	1.90	4.22	2.58	4.01
Mediana		44.00	60.00	62.00	53.00	56.00	46.00
Mínimo		11	24	27	0	0	0
Máximo		79	88	67	71	65	66
Desviación estándar		17.10	15.84	10.22	23.12	13.90	21.95
Amplitud semi-intercuartil		13.00	12.00	4.00	22.00	6.00	21.50
Forma: Asimetría		0.03	-0.23	-1.82	-0.52	-2.37	-0.43
Curtosis		-0.47	-0.19	2.82	-1.29	6.71	-1.36
Test S-W (P-valor)		.620 ^{NS}	.795 ^{NS}	.030 [*]	.180 ^{NS}	.114 ^{NS}	.127 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo (P<.05) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

A continuación, se resumen los resultados de los test de contraste entre los dos GC de estas 11 variables de los patrones clínicos (**tabla 36**). En esta ocasión, a pesar de que los test SW de ajuste, anteriores, nos permitían admitir la normalidad, o casi normalidad, de todas las variables, los resultados comparados de T Student con su alternativa no-paramétrica de MW presenten algunas divergencias. Por lo que vamos a comentar las variables de forma particular:

- Se han encontrado diferencias altamente significativas ($P < .01$) de forma coincidente según ambos procedimientos estadísticos, en las variables de los perfiles Histriónico y Compulsivo. En ambas los sujetos del GC Sin Recaídas presentan valores medios superiores a la media de los casos con recaídas. Los tamaños del efecto respectivos son moderados y un poco superior en el perfil Histriónico. En éste, con una confianza del 95% se puede estimar una diferencia entre los grupos dentro del IC: 7.70 – 27.51 puntos. En el perfil Compulsivo, con la misma confianza el IC estimado es: 5.52 – 22.70 puntos.
- Se han encontrado diferencias que son altamente significativas ($P < .01$) en el test de Student y solo significativas ($P < .05$) en la alternativa de MW, en los perfiles Negativista, Autodestructivo y Agresivo; siendo en este caso, por el contrario, las medias de los sujetos del GC Con Recaídas mayores en los tres perfiles que las medias de los que no las tienen. El tamaño del efecto es moderado en los perfiles Negativista y Agresivo, y moderado-bajo en el Autodestructivo. En el primero se estima un IC 95% para la diferencia entre 5.22 – 23.92 puntos; en el Agresivo de entre: 4.44 – 21.03; y en el tercero entre: 3.71 – 22.87 unidades.
- En el perfil Depresivo, en tanto que el test de Student determina la existencia de una diferencias significativa para $P < .01$, su alternativa no-paramétrica de MW no la confirma ($P > .05$) aunque se podría hablar de una casi significación ($P < .100$). La media de los casos del GC Con Recaídas es más alta que la media de los casos del GC Sin Recaídas, en la misma línea de las diferencias anteriores. De ser ciertas las diferencias, el tamaño del efecto sería moderado bajo y el IC al 95% de entre: 4.10 y 25.36 puntos. Los indicios estadísticos que tenemos nos hacen pensar que sí habría diferencias aunque con menos claridad que en los perfiles antes comentados.

- Se han encontrado diferencias significativas (para $P < .05$ en los dos métodos estadísticos) en los perfiles Evitativo y Narcisista, siendo en ambos el tamaño del efecto de grado leve. En el Evitativo se observa que la media de los sujetos del GC Sin Recaídas es menor (IC al 95%: 2.04 – 22.03) que la media de los sujetos del GC Con Recaídas. En cuanto al perfil Narcisista, por el contrario, la media de los casos del GC Sin Recaídas es más elevada (IC al 95%: 1.36 – 15.11) que la de los del GC Con Recaídas.
- En el perfil Antisocial, se aprecia diferencia significativa según Student ($P < .05$) pero no lo confirma la alternativa de MW ($P > .05$) por lo que se tienen serias dudas acerca de su existencia. El efecto, en caso de existir, sería leve.
- Y por último, en las variables de los perfiles Esquizoide y Dependiente, no se han encontrado diferencias que se puedan considerar como significativas ($P > .05$ en ambos test estadísticos) aunque se podría hablar de una casi significación ($P < .100$) en el caso de Esquizoide. Los datos nos dan indicios de una posible mayor puntuación en los sujetos del GC Con Recaídas, pero no hay pruebas suficientes para poder afirmarlo estadísticamente.

Tabla 36: Test de diferencias de medias. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III, en función del GC.

Variables de los Patrones clínicos	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas N=30		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Esquizoide	51.31	16.61	41.83	21.35	1.98	57	.052 ^{NS}	---	1.66	.089 ^{NS}
Evitativo	54.14	16.12	42.10	19.21	2.41	57	.019 *	.093	2.53	.012 *
Depresivo	56.97	14.89	42.23	24.68	2.79	57	.008**	.118	1.80	.072 ^{NS}
Dependiente	56.38	16.41	47.33	23.20	1.73	57	.089 ^{NS}	---	0.96	.339 ^{NS}
Histriónico	37.86	19.36	55.47	18.62	-3.56	57	.001**	.182	-2.96	.003**
Narcisista	58.07	16.43	66.30	9.01	-2.40	57	.020 *	.092	-2.19	.029 *
Antisocial	66.21	7.28	57.43	17.74	2.50	57	.017 *	.097	1.44	.149 ^{NS}
Agresivo	61.10	11.09	48.37	19.56	3.09	57	.003**	.141	2.31	.021 *
Compulsivo	42.69	17.11	56.80	15.84	-3.29	57	.002**	.160	-3.09	.002**
Negativista	58.14	10.22	43.57	23.12	3.15	57	.003**	.145	2.01	.044 *
Autodestructivo	52.69	13.90	39.40	21.95	2.79	57	.008**	.118	2.19	.029 *

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

5.7.2. PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD.

En este bloque se analizan los resultados de 3 nuevas variables generadas con el mismo instrumento. Su exploración descriptiva se resume en la **tabla 37**. En ella se observa cómo ha habido variables que siguen el modelo normal del que no difieren significativamente ($P > .05$) aunque de nuevo en algunas de ellas, los índices descriptivos muestran algún desvío. Sí que hay significación en dos de las mediciones ($P < .05$, desvío leve; y $P < .01$, desvío grave). A la vista de lo que nos ha ocurrido en los contrastes anteriores, debemos de prestar atención a los resultados de ambos procedimientos estadísticos.

Tabla 37: *Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de Patología grave del MCMI-III.*

Variable	Esquizotípico		Límite		Paranoide		
	GRUPO	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media		54.69	27.13	57.72	35.47	63.24	42.77
IC 95%: límite inferior		47.65	17.95	51.52	27.18	58.40	33.46
IC 95%: límite superior		61.73	36.31	63.93	43.75	68.09	52.07
Error típico de la media		3.45	4.49	3.03	4.05	2.36	4.55
Mediana		61.00	23.50	61.00	35.52	66.00	42.17
Mínimo		0	0	0	0	20	2
Máximo		85	70	75	70	82	97
Desviación estándar		18.50	24.58	16.32	22.19	12.74	24.92
Amplitud semi-intercuartil		4.00	29.00	5.00	22.00	6.00	23.00
Forma: Asimetría		-1.75	0.47	-2.47	0.26	-1.56	0.21
Curtosis		3.14	-1.25	6.42	-1.14	3.73	-0.88
Test S-W (P-valor)		.006**	.370 ^{NS}	.014 *	.388 ^{NS}	.385 ^{NS}	.367 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo ($P < .05$) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

** = Desvío significativo y grave ($P < .01$) del modelo de la normal de Gauss; distribución no normal

Los test de comparación entre los GC se resumen en la **tabla 38**. Y en ello, esta vez de nuevo se ha observado coincidencia plena entre los resultados de la prueba paramétrica y la no paramétrica. Como se puede ver en la citada tabla, aparecen diferencias altamente significativas ($P < .001$) en las tres variables. Los tamaños del efecto son elevados en Esquizotípico y Límite, y algo inferior pero cerca de ser también elevado en Paranoide. En todas ellas, la media de los sujetos del GC Sin Recaídas es menor que las medias de los caso con recaídas. Se han estimado para una confianza del 95% los siguientes intervalos de confianza para las diferencias: Esquizotípico [16.22 – 38.89], Límite [12.11 – 32.40] y Paranoide [10.14 – 30.81].

Tabla 38: Test de diferencias de medias. Variables de las Patologías graves del MCMI-III, en función del GC.

Variables de los Patologías graves	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas N=30		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Esquizotípico	54.69	18.50	27.13	24.58	4.85	57	.000**	.292	3.68	.000**
Límite	57.72	16.32	35.47	22.19	4.38	57	.000**	.252	3.32	.001**
Paranoide	63.24	12.74	42.77	24.92	3.99	57	.000**	.215	3.28	.001**

** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

5.7.3. SÍNDROMES CLÍNICOS

En este apartado se proceden a comparar 7 variables de los síndromes clínicos evaluados por el test. La exploración y descripción de estas variables se muestra en las **tablas 39 y 40**. Se han encontrado bastantes de ellas que sí que se acomodan al modelo de la campana de Gauss ya que no tienen una diferencia que sea significativa (P>.05 en el test SW) con respecto a ella. Pero también se han encontrado algunas que presentan desvíos leves (P<.05) e incluso desvíos graves (P<.01) que nos sugieren que debemos estar atentos a los resultados de los dos test estadísticos aplicados con cada variable a contrastar.

Tabla 39: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III; parte 1ª

Variable	Trast. de ansiedad		Trast. somatomorfo		Trast. bipolar		Trast. dístimico	
	GRUPO GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media	70.79	53.23	43.34	30.97	65.90	56.30	59.66	28.97
IC 95%: límite inferior	61.85	40.92	33.77	21.13	59.75	49.85	51.60	20.72
IC 95%: límite superior	79.73	65.54	52.92	40.80	72.04	62.75	67.71	37.21
Error típico de la media	4.36	6.02	4.67	4.81	3.00	3.15	3.93	4.03
Mediana	76.00	71.50	53.00	24.50	66.00	60.50	65.00	20.00
Mínimo	17	0	0	0	20	10	0	0
Máximo	108	91	75	70	97	78	95	78
Desviación estándar	23.50	32.97	25.17	26.33	16.15	17.28	21.18	22.08
Amplitud semi-intercuartil	18.50	34.50	22.00	26.50	8.50	10.00	10.50	13.00
Forma: Asimetría	-0.78	-0.41	-0.67	0.23	-1.00	-1.10	-1.17	0.81
Curtosis	-0.16	-1.53	-1.04	-1.62	1.81	0.60	1.74	-0.37
Test S-W (P-valor)	.427 ^{NS}	.045 [*]	.161 ^{NS}	.202 ^{NS}	.645 ^{NS}	.098 ^{NS}	.393 ^{NS}	.083 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo (P<.05) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

Tabla 40: *Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Síndromes Clínicos del MCMI-III; parte 2ª*

Variable	Dependencia del Alcohol		Dependencia de sustancias		Trast. estrés postraumát.	
	GRUPO GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media	90.97	62.47	69.59	64.50	55.17	36.07
IC 95%: límite inferior	85.61	55.84	66.51	57.35	48.16	27.35
IC 95%: límite superior	96.32	69.10	72.66	71.65	62.19	44.79
Error típico de la media	2.62	3.24	1.50	3.50	3.42	4.26
Mediana	90.00	67.00	70.00	68.00	62.00	33.00
Mínimo	66	0	56	0	12	0
Máximo	115	83	92	91	78	71
Desviación estándar	14.09	17.76	8.09	19.15	18.44	23.35
Amplitud semi-intercuartil	23.00	8.00	6.00	6.00	12.00	24.50
Forma: Asimetría	0.07	-1.83	0.51	-2.28	-1.11	0.18
Curtosis	-1.21	4.23	0.54	5.60	0.40	-1.40
Test S-W (P-valor)	.256 ^{NS}	.046 [*]	.379 ^{NS}	.000 ^{**}	.011 ^{**}	.313 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo ($P < .05$) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

Los resultados de las pruebas estadísticas de comparación entre grupos se resumen en la **tabla 41**. Se ha encontrado coincidencia plena en los resultados de los pares de test estadísticos empleados con cada variable, ganando de nuevo en confiabilidad estadística.

Se han encontrado diferencias altamente significativas ($P < .01$) en tres de ellas: en trastorno Distímico, en Dependencia del alcohol y en Trastorno Postraumático. En todas ellas se ha comprobado que la media de los sujetos del GC Sin Recaídas es claramente inferior a las medias del GC Con Recaídas. El tamaño del efecto en la Dependencia del Alcohol es muy grande y el IC al 95% se estima entre: 21.12 – 36.87 puntos; en tanto que en el trastorno Distímico es aún grande, con un IC al 95% de: 19.40 – 41.98 unidades. Por su parte en el trastorno Postraumático el efecto es solo moderado, siendo su IC estimado: 8.11 – 30.10, con la confianza del 95%.

En las variables de los Trastornos de Ansiedad y Trastorno Bipolar, se han encontrado diferencias que son significativas para $P < .05$ (en los dos test) y que se corresponden con tamaños del efecto leves. Sus IC al 95% son: Ansiedad [2.64 – 32.48] y Bipolar [0.87 – 18.32].

Y por último, en el trastorno Somatomorfo y en la Dependencia de sustancias, no se han encontrado diferencias que se puedan admitir como significativas ($P > .05$) entre los grupos, aunque se mantiene la línea de las anteriores variables, donde la media es más alta en los casos con recaídas.

Tabla 41: Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes clínicos del MCMI-III, en función del GC.

Variables de los Síndromes clínicos	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas N=30		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Trastorno de Ansiedad	70.79	23.50	53.23	32.97	2.36	57	.022 *	.088	2.03	.043 *
Trastorno Somatomorfo	43.34	25.17	30.97	26.33	1.84	57	.070 ^{NS}	---	1.58	.113 ^{NS}
Trastorno Bipolar	65.90	16.15	56.30	17.28	2.20	57	.032 *	.078	2.20	.028 *
Trastorno Distímico	59.66	21.18	28.97	22.08	5.44	57	.000**	.342	4.42	.000**
Dependencia del Alcohol	90.97	14.09	62.47	17.76	6.81	57	.000**	.449	5.73	.000**
Dependencia de Sustancias	69.59	8.09	64.50	19.15	1.32	57	.192 ^{NS}	---	0.45	.654 ^{NS}
Trastorno de Estrés Postraumático	55.17	18.44	36.07	23.35	3.48	57	.001**	.175	2.89	.004**

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

5.7.4. SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES.

En el último grupo de variables de este instrumento, los resultados de su exploración (**tabla 42**) indican varios desajustes significativos, graves (P<.01) con respecto al modelo de la normal de Gauss. Aunque también es cierto que en bastantes de las mediciones realizadas, la variable sí que se ajusta a la normalidad, puesto que la diferencia con respecto a la campana normal no es significativa (P>.05 en el test SW).

Tabla 42: Análisis descriptivo y exploratorio. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III.

Variable	Trastorno del Pensamiento		Depresión mayor		Trastorno delirante	
	GRUPO GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.	GC con rec.	GC sin rec.
Media	61.17	32.17	46.86	26.50	58.45	46.93
IC 95%: límite inferior	52.69	22.83	37.15	17.29	49.05	35.31
IC 95%: límite superior	69.66	41.50	56.58	35.71	67.85	58.56
Error típico de la media	1.14	4.56	4.74	4.50	4.59	5.68
Mediana	62.00	26.50	58.00	16.50	64.00	60.00
Mínimo	13	0	0	0	0	0
Máximo	102	78	79	68	83	90
Desviación estándar	22.30	25.00	25.54	24.67	24.71	31.13
Amplitud semi-intercuartil	15.50	25.00	23.50	22.50	7.00	33.50
Forma: Asimetría	-0.48	0.32	-0.68	0.50	-1.88	-0.76
Curtosis	0.07	-1.21	-1.08	-1.36	3.32	-1.20
Test S-W (P-valor)	.342 ^{NS}	.608 ^{NS}	.014 *	.089 ^{NS}	.001**	.001**

NS = Desvío NO significativo (P>.05) la variable sí se ajusta al modelo normal

* = Desvío significativo (P<.05) pero leve y admisible del modelo normal; tendencia a la normalidad

** = Desvío significativo y grave (P<.01) del modelo de la normal de Gauss; distribución no normal

Los resultados de las pruebas de contraste entre los grupos se presentan en la **tabla 43**, habiéndose observado de nuevo coincidencia plena entre los métodos estadísticos empleados. Se ha detectado diferencias altamente significativas (P<.001) en las variables Trastorno del pensamiento y Depresión mayor, siendo en ambas la

media de los sujetos del GC Sin Recaídas claramente menor que las medias de los sujetos con recaídas. Los tamaños del efecto, son: elevado en la primera de ellas y moderado en la segunda. Se estiman con la confianza del 95% los intervalos de confianza para las diferencias: entre 16.64 y 41.37 puntos en el trastorno del Pensamiento, y entre 7.27 y 33.45 puntos en Depresión mayor.

Finalmente, en el Trastorno Delirante, no existe una diferencia entre los grupos que se pueda considerar como estadísticamente significativa ($P > .05$).

Tabla 43: Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III, en función del GC.

Variables de los Síndromes clínicos graves	Grupo clínico				T de Student			Mann-Witney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas N=30		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Trastorno del pensamiento	61.17	22.30	32.17	25.01	4.70	57	.000**	.279	3.94	.000**
Depresión mayor	46.86	25.54	26.50	24.67	3.12	57	.000**	.145	2.99	.000**
Trastorno delirante	58.45	24.71	46.93	31.13	1.57	57	.122 ^{NS}	---	1.57	.115 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

A continuación, se procede a clasificar a los sujetos en cada una de estas variables de personalidad del MCMI-III en tres niveles diagnóstico en función de su puntuación, con los siguientes puntos de corte:

- Normal: ≤ 75
- Presencia de rasgo: 76 – 84
- Trastorno: ≥ 85

De manera que ahora para la comparación de grupos se debe de recurrir, de nuevo, al test Chi-cuadrado de independencia en el cruce de dos variables categóricas.

5.7.5. CATEGORÍAS DE LOS PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD.

Los resultados de los cruces con la variables categorizadas en función de las categorías diagnósticas, no presentan diferencias significativas ($P > .05$) entre los grupos en casi todas las variables (**tabla 44**) debido a que los sujetos están en su gran mayoría dentro de la categoría normal. La única excepción es la variable del patrón clínico

Histriónico, donde la diferencia con $P < .05$ nos indica que en tanto el 100% de los casos del GC Con Recaídas están en nivel normal, en el GC Sin Recaídas solo aparecen 5 casos que no están en dicho grado de normalidad: 2 (6.7%) presentan presencia de rasgo y 3 (10%) presentan trastorno.

Por tanto, esta forma de expresar los resultados de estas variables, ocultan las diferencias significativas que había entre grupos en bastantes de las variables que se comentaron anteriormente (ver tabla 36).

Tabla 44: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Patrones Clínicos del MCMI-III, en función del GC.

Variable: Patrón clínico	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
<i>Esquizoide</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	96.7 % (29)	0.00	1	.999 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	--	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Evitativo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	100 % (30)	0.00	1	.999 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Depresivo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	96.7 % (29)	0.00	1	.999 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Dependiente</i>	Normal (≤ 75)	93.1 % (27)	96.7 % (29)	1.44	2	.487 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	--			
<i>Histriónico</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	83.3 % (25)	7.21	2	.027 [*]
	Presencia de rasgo (76-84)	--	6.7 % (2)			
	Trastorno (≥ 85)	--	10.0 % (3)			
<i>Narcisista</i>	Normal (≤ 75)	86.2 % (25)	83.3 % (25)	1.00	2	.606 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	6.9 % (2)	13.3 % (4)			
	Trastorno (≥ 85)	6.9 % (2)	3.3 % (1)			
<i>Antisocial</i>	Normal (≤ 75)	93.1 % (27)	96.7 % (29)	0.00	1	.976 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	6.9 % (2)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Agresivo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	96.7 % (29)	2.77	2	.250 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	--	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	--			
<i>Compulsivo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	86.7 % (26)	2.49	2	.288 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	10.0 % (3)			
	Trastorno (≥ 85)	--	3.3 % (1)			
<i>Negativista</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (30)	---	--	---
	Presencia de rasgo (76-84)	--	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Autodestructivo</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (30)	---	--	---
	Presencia de rasgo (76-84)	--	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

5.7.6. CATEGORÍAS DE LA PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD.

En la **tabla 45** se muestran estos cruces. Como ocurre en la anterior, al clasificar a los sujetos en función de su nivel diagnóstico ya no se encuentran diferencias significativas ($P > .05$) entre los GC puesto que la gran mayoría de los casos se encuentran en el nivel normal.

Tabla 45: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de las Patologías Graves del MCMI-III, en función del GC.

Variable: <i>Patología grave</i>	Categorías	<i>Grupo clínico</i>		<u>Test Chi-cuadrado</u>		
		<i>CON recaídas</i>	<i>SIN recaídas</i>	Valor	gl	P
<i>Esquizotípico</i>	Normal (≤ 75)	93.1 % (27)	100 % (30)	2.91	2	.233 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--			
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	--			
<i>Límite</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (30)	---	--	---
	Presencia de rasgo (76-84)	--	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Paranoide</i>	Normal (≤ 75)	86.2 % (25)	93.3 % (28)	3.47	2	.177 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	13.8 % (4)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	--	3.3 % (1)			

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

5.7.7. CATEGORÍAS DE LOS SÍNDROMES CLÍNICOS

La categorización de estas variables en función de sus niveles diagnósticos generan los resultados que se presentan en la **tabla 46** que sigue. No se han encontrado diferencias significativas ($P > .05$) en las variables trastorno Somatomorfo y trastorno de Estrés postraumático, puesto que casi todos los sujetos se sitúan en el nivel normal.

Tampoco aparecen diferencias significativas ($P > .05$) en el Trastorno de Ansiedad, aunque en esta variable solo un 48.3% de los casos del GC Con Recaídas y un 60% del que sí las tiene, están el nivel de la normalidad. Y por tanto aparecen casos con rasgo e incluso con presencia de trastorno (31% en el GC Con Recaída vs 16.7% en el GC Sin Recaída) si bien las diferencias entre grupos, como se ha dicho, no alcanzan la significación estadística.

En el trastorno distímico se observan más casos en la normalidad en el GC Sin

Recaída (100%) que en el GC de sujetos que sí que las tiene (79.3%) aunque la diferencia no alcanza a ser significativa ($P > .05$).

Sí que llega a la significación ($P < .05$) la distribución del trastorno bipolar que es similar a la de la variable anterior: 96.7% del GC Sin Recaídas en la normalidad frente a solo el 72.4% en el GC Con Recaídas. La presencia de rasgo (20.7% vs 3.3%) en el GC Con Recaídas contribuye a esta significación.

Y por último, sí que se aprecia una clara diferencia significativa ($P < .001$) en la distribución de la Dependencia del alcohol, fruto de la asociación que se observa, según la cual hay más casos normales en el GC Sin Recaídas (73.3% vs 13.8%) y en cambio se aprecian más casos con trastorno en el GC Con Recaídas (58.6% vs 0%).

Estos resultados son más similares a los hallados antes (tabla 41) por lo que la categorización de las variables conlleva en este caso, menos pérdida de información.

Tabla 46: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes clínicos del MCMI-III, en función del GC.

Variable: <i>Síndrome clínico</i>	Categorías	<i>Grupo clínico</i>		<u>Test Chi-cuadrado</u>		
		<i>CON recaídas</i>	<i>SIN recaídas</i>	Valor	gl	P
<i>Trastorno de ansiedad</i>	Normal (≤ 75)	48.3 % (14)	60.0 % (18)	1.70	2	.427 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	20.7 % (6)	23.3 % (7)			
	Trastorno (≥ 85)	31.0 % (9)	16.7 % (5)			
<i>Trastorno somatomorfo</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (30)	---	--	---
	Presencia de rasgo (76-84)	--	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Trastorno bipolar</i>	Normal (≤ 75)	72.4 % (21)	96.7 % (29)	8.00	2	.018 *
	Presencia de rasgo (76-84)	20.7 % (6)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	6.9 % (2)	--			
<i>Trastorno distímico</i>	Normal (≤ 75)	79.3 % (23)	96.7 % (29)	5.38	2	.068 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	13.8 % (4)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	6.9 % (2)	--			
<i>Dependencia del alcohol</i>	Normal (≤ 75)	13.8 % (4)	73.3 % (22)	29.45	2	.000**
	Presencia de rasgo (76-84)	27.6 % (8)	26.7 % (8)			
	Trastorno (≥ 85)	58.6 % (17)	--			
<i>Dependencia de sustancias</i>	Normal (≤ 75)	79.3 % (23)	83.3 % (25)	0.18	2	.915 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	17.2 % (5)	13.3 % (4)			
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	3.3 % (1)			
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	Normal (≤ 75)	89.7 % (26)	100 % (30)	1.48	1	.224 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	10.3 % (3)	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

5.7.8. CATEGORÍAS DE LOS SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES.

No se encuentran diferencias significativas ($P > .05$) en las variables Depresión mayor y trastorno Delirante (**tabla 47**) puesto que la gran parte de los sujetos de ambos grupos se sitúan en el nivel normal, especialmente en la primera de estas variables.

Pero sí que aparecen una diferencia significativa entre los grupos ($P < .05$) en el trastorno de pensamiento debida a la asociación de los sujetos del GC Sin Recaídas con el nivel de normalidad (96.7%) en tanto que aparecen casos dentro del GC Con Recaídas en los niveles de presencia de rasgo (17.2%) y de trastorno (10.3%).

De nuevo, debemos comentar que esta categorización de las variables nos lleva a una pérdida de información que por ejemplo, oculta la significación que se aprecia en Depresión mayor cuando se contrastaron los valores promedio (ver tabla 43).

Tabla 47: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes Clínicos Graves del MCMI-III, en función del GC.

Variable: Síndrome clínico grave	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas	SIN recaídas	Valor	gl	P
Trastorno del pensamiento	Normal (≤ 75)	72.4 % (21)	96.7% (29)	8.34	2	.015 *
	Presencia de rasgo (76-84)	17.2 % (5)	3.3 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	10.3 % (3)	--			
Depresión mayor	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	100 % (30)	0.00	1	.986 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
Trastorno delirante	Normal (≤ 75)	86.2 % (25)	90.0 (27)	2.13	2	.345 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	13.8 % (4)	6.7 % (2)			
	Trastorno (≥ 85)	--	3.3 % (1)			

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

5.8. ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LOS SÍNDROMES CLÍNICOS, CON EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

En esta parte del análisis estadístico, se pretende estudiar la asociación de las variables generadas por el MCMI-III con las variables del BADS y WISCONSIN. Pero no

considerando a todos los sujetos sino solamente a los casos que están fuera de la normalidad en las variables del MCMI-III, es decir las que presentan trastorno ($TB \geq 85$) o al menos presencia de rasgo (una puntuación TB: 76-84). Se selecciona por tanto a los sujetos con valores mayores a 75 puntos. Y éstos son una minoría dentro de la muestra y de ambos grupos, como se deduce de los análisis inmediatamente anteriores. La **tabla 48** que sigue, presenta el recuento. Como se puede observar en ella, hay una gran mayoría de variables, donde no existe un número suficiente de casos como para poder abordar el análisis estadístico. De hecho, solamente se puede plantear el estudio en tres de ellas: el trastorno de Ansiedad, la dependencia del Alcohol y la de otras Sustancias, todas ellas dentro de los síndromes clínicos. En consecuencia, los análisis estadísticos de esta sección solamente se realizarán con estas 3 variables del MCMI-III.

Tabla 48: *Análisis descriptivo.* Número de casos de ambos grupos clínicos, con puntuaciones en las variables MCMI-III ≥ 75 .

MCMI-II	Puntuación TB > 75 en variable:	Grupo clínico		Total
		CON recaídas	SIN recaídas	
<i>Patones clínicos</i>	Esquizoide	0	1	1
	Evitativo	1	0	1
	Depresivo	1	1	2
	Dependiente	2	1	3
	Histriónico	0	5	5
	Narcisista	4	5	9
	Antisocial	2	1	3
	Agresivo	1	1	2
	Compulsivo	1	4	5
	Negativista	0	0	0
	Autodestructivo	0	0	0
	<i>Patologías graves de la personalidad</i>	Esquizotípico	2	0
Límite		0	0	0
Paranoide		4	2	6
<i>Síndromes clínicos</i>	Tr. de Ansiedad	15	12	27
	Tr. Somatomorfo	0	0	0
	Tr. Bipolar	8	1	9
	Tr. Distímico	6	1	7
	Depend. del Alcohol	25	8	33
	Depend. de Sustancias	6	5	11
	Tr. Estrés Postraumático	3	0	3
<i>Síndromes clínicos graves</i>	Tr. del Pensamiento	8	1	9
	Depresión mayor	1	0	1
	Tr. Delirante	4	3	7

Puesto que se pretende comparar la asociación de estas variables con las que evalúan la función ejecutiva, entre los dos grupos clínicos, el reducido número de casos nos obliga a la utilización de test de tipo no paramétrico. En concreto se va a recurrir al coeficiente de correlación de Spearman, que estima el grado de relación entre dos variables en función del orden de los sujetos en las mismas sin considerar el ajuste, o no, de las variables al modelo normal y sin la necesidad de verificar ningún otro supuesto previo.

Este coeficiente toma valores en el rango [0 – 1] y puede tener signo positivo y negativo. Cuanto más alto sea el valor absoluto del mismo, mayor será el grado de correlación entre las variables. El signo positivo indica relaciones directas tales que se asocian entre sí los valores más altos de ambas variables, así como se asocian entre sí, también, los valores más bajos. Es decir, que el orden de los sujetos es similar en ambas variables. En cambio el signo negativo indica relación inversa, que implica que el orden de los sujetos en una variable es inverso al de la otra; es decir que se asocian los valores altos en una con los valores bajos en la otra y viceversa.

Al tener muestras tan pequeñas es muy difícil, por no decir imposible que los coeficientes alcancen significación estadística aunque estén expresando relaciones moderadas o fuertes entre las variables. Por ello, es importante en este análisis comentar que aquellos coeficientes que sean mayores a 0.250 en valor absoluto, son indicios de la existencia de asociación aunque ésta no llegue a ser significativa.

5.8.1. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL BADS

La **tabla 49** contiene los coeficientes de correlación encontrados entre las tres variables que se pueden analizar del MCMI-III con las variables del BADS por separado para ambos grupos clínicos. Se han observado varios coeficientes que potencialmente indican la existencia de correlación, así como otros dos que alcanzan significación ($P < .05$).

En el GC Con Recaída, se puede sospechar la existencia de relación:

- Entre el trastorno de Ansiedad y el subtest de Seis elementos modificados

(0.315).

- Entre la dependencia del Alcohol y de nuevo el subtest de Seis elementos modificados (0.372; $P < .05$) y la puntuación total de BADS estandarizada y corregida por edad (0.262).
- Y entre la dependencia de Sustancias y el subtest de Búsqueda de llaves (0.297), así como con el de Estimación de tiempo (-0.358).

En el GC Sin Recaída, se puede sospechar la existencia de relación:

- Entre el trastorno de Ansiedad y el subtest de Programación de una acción (0.341) y el de Seis elementos modificado (0.269).
- Entre la dependencia del Alcohol y el subtest de Cartas con cambio de forma (-0.390), el de Búsqueda de llaves (0.424) y el de Mapa del zoo (-0.347).
- Y entre la dependencia de Sustancias y el subtest de Mapa del zoo (0.918; $P < .05$), el de Seis elementos modificados (0.289) y con la puntuación total en BADS estandarizada y corregida (0.359).

Tabla 49: Análisis correlacional. Asociación entre Síndromes Clínicos y función ejecutiva del BADS, segmentando por GC.

GRUPO CLÍNICO CON RECAIDA	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig
<i>Variables</i>	<i>Trastorno de Ansiedad (n=15)</i>		<i>Dep. del Alcohol (n=25)</i>		<i>Dep. de Sustancias (n=6)</i>	
T1 – Cartas con cambio de forma	0.165	.279 ^{NS}	0.157	.226 ^{NS}	0.000	1 ^{NS}
T2 – Programación de una acción	-0.195	.243 ^{NS}	-0.083	.346 ^{NS}	-0.210	.345 ^{NS}
T3 – Búsqueda de llaves	-0.141	.309 ^{NS}	0.183	.191 ^{NS}	0.297	.283 ^{NS}
T4 – Estimación de tiempo	0.223	.213 ^{NS}	-0.061	.386 ^{NS}	-0.358	.243 ^{NS}
T5 – Mapa del zoo	0.126	.328 ^{NS}	0.024	.454 ^{NS}	0.051	.461 ^{NS}
T6 – Seis elementos modificados	0.315	.126 ^{NS}	0.372	.033 [*]	0.121	.409 ^{NS}
Punt. total estandarizada corregida	0.220	.216 ^{NS}	0.264	.101 ^{NS}	-0.103	.423 ^{NS}
GRUPO CLÍNICO SIN RECAIDA	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig
<i>Variables</i>	<i>Trastorno de Ansiedad (n=12)</i>		<i>Dep. del Alcohol (n=8)</i>		<i>Dep. de Sustancias (n=5)</i>	
T1 – Cartas con cambio de forma	0.000	1 ^{NS}	-0.390	.170 ^{NS}	0.000	1 ^{NS}
T2 – Programación de una acción	0.341	.139 ^{NS}	0.085	.421 ^{NS}	0.000	1 ^{NS}
T3 – Búsqueda de llaves	0.177	.291 ^{NS}	0.424	.148 ^{NS}	0.216	.363 ^{NS}
T4 – Estimación de tiempo	-0.006	.493 ^{NS}	-0.136	.374 ^{NS}	-0.189	.380 ^{NS}
T5 – Mapa del zoo	0.019	.477 ^{NS}	-0.347	.200 ^{NS}	0.918	.014 [*]
T6 – Seis elementos modificados	0.269	.199 ^{NS}	0.159	.353 ^{NS}	0.289	.318 ^{NS}
Punt. total estandarizada corregida	0.181	.287 ^{NS}	0.098	.409 ^{NS}	0.359	.276 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

5.8.2. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL WISCONSIN

Estos coeficientes se resumen en la **tabla 50**. De nuevo han aparecido varios que se pueden considerar como buenos indicios de existencia de correlación, e incluso algunos que son tan elevados que logran llegar a la significación estadística a pesar del número de casos tan pequeños.

En el GC Con Recaída, tenemos indicios de la existencia de relación:

- Entre el trastorno de Ansiedad y las Respuesta de nivel conceptual (0.248).
- Entre la dependencia del Alcohol y el número de categorías completas (0.315), así como con el porcentaje de respuestas perseverativas (-0,287), y con las respuestas de nivel conceptual, tanto en escala T (0.305) como en porcentaje (0.325).
- Y entre la dependencia de Sustancias y el número de categorías completas (0.269), los Fallos para mantener la actitud (-0.770; $P<.05$) y las respuestas perseverativas tanto en escala T (-0.515) como en porcentaje (0.524).

En el GC Sin Recaída, se observan posibles asociaciones:

- Entre el trastorno de Ansiedad y las Respuestas de nivel conceptual (-0.282).
- Entre la dependencia del Alcohol y los Fallos para mantener la actitud (-0.357).
- Y sobre todo, entre la dependencia de Sustancias y las Perseveraciones, tanto en escala estandarizada (0.821; $P<.05$) como en porcentaje (-0.892; $P<.05$) y con las respuestas de nivel conceptual que ambas expresiones, T y porcentaje, correlaciona igual (0.667).

Tabla 50: Análisis correlacional. Asociación entre Síndromes Clínicos y función ejecutiva del WISCONSIN, segmentando por GC.

GRUPO CLÍNICO CON RECAIDA	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig
<i>Variables</i>	<i>Trastorno de Ansiedad (n=15)</i>		<i>Dep. del Alcohol (n=25)</i>		<i>Dep. de Sustancias (n=6)</i>	
<i>Número de categorías completas</i>	0.084	.382 ^{NS}	0.315	.063 ^{NS}	0.269	.303 ^{NS}
<i>Fallos para mantener la actitud</i>	-0.099	.363 ^{NS}	-0.005	.490 ^{NS}	-0.770	.037 *
<i>Respuestas perseverativas en escala T</i>	0.135	.316 ^{NS}	0.245	.119 ^{NS}	-0.515	.148 ^{NS}
<i>Porcentaje de respuestas perseverativas</i>	-0.112	.345 ^{NS}	-0.287	.082 ^{NS}	0.524	.143 ^{NS}
<i>Respuestas de nivel conceptual en T</i>	0.248	.187 ^{NS}	0.305	.069 ^{NS}	-0.145	.392 ^{NS}
<i>Porcentaje de respuestas de nivel conceptual</i>	0.145	.303 ^{NS}	0.325	.056 ^{NS}	-0.145	.392 ^{NS}
GRUPO CLÍNICO SIN RECAIDA	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig	Coeficiente	P-sig
<i>Variables</i>	<i>Trastorno de Ansiedad (n=12)</i>		<i>Dep. del Alcohol (n=8)</i>		<i>Dep. de Sustancias (n=5)</i>	
<i>Número de categorías completas</i>	-0.107	.370 ^{NS}	-0.193	.324 ^{NS}	0.181	.385 ^{NS}
<i>Fallos para mantener la actitud</i>	-0.017	.479 ^{NS}	-0.357	.193 ^{NS}	0.081	.448 ^{NS}
<i>Respuestas perseverativas en escala T</i>	-0.200	.266 ^{NS}	0.172	.342 ^{NS}	0.821	.044 *
<i>Porcentaje de respuestas perseverativas</i>	0.115	.360 ^{NS}	-0.142	.369 ^{NS}	-0.892	.021 *
<i>Respuestas de nivel conceptual en T</i>	-0.282	.17 ^{NS}	-0.012	.488 ^{NS}	0.667	.109 ^{NS}
<i>Porcentaje de respuestas de nivel conceptual</i>	-0.145	.327 ^{NS}	-0.074	.431 ^{NS}	0.667	.109 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)

5.9. ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS SUJETOS DEL GC SIN RECAÍDAS.

Para esta parte del análisis se selecciona solamente a los sujetos del GC Sin Recaídas.

La variable que utilizamos es la puntuación total del Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI). Los estadísticos descriptivos de la misma se muestran en la **tabla 51**. La media de la muestra es baja, solamente de 14.59 puntos por lo que se deduce que a nivel global la percepción del riesgo para este grupo es baja. Si bien el rango de valores observado [9 – 39] nos indica la presencia de algún o algunos sujetos en los que la percepción del riesgo es media. Aunque el índice de asimetría indica un cierto desvío de asimetría positiva (obviamente con más presencia de valores bajos) el test de bondad de ajuste de S-W nos permite aceptar que el desvío no es significativo (P>.05) y se puede aceptar la normalidad, o casi, de la distribución de la variable.

Tabla 51: Análisis descriptivo y exploratorio.
Inventario de situaciones precipitantes de recaída
(RPI) en el GC Sin Recaídas.

Variable	Puntuación total en RPI
Media	14.59
IC 95%: límite inferior	10.54
IC 95%: límite superior	18.65
Error típico de la media	1.99
Mediana	10.50
Mínimo	9
Máximo	39
Desviación estándar	11.24
Amplitud semi-intercuartil	7.50
Forma: Asimetría	0.80
Curtosis	-0.28
Test S-W (P-valor)	.184 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

Desde estas puntuaciones se clasifica a los sujetos en tres grupos, bajo el siguiente criterio:

- Ninguna o pocas situaciones consideradas como peligrosas: 0 – 25 puntos;
- Nivel medio de situaciones potencialmente peligrosas: 26 – 50;
- Muchas situaciones consideradas peligrosas: 51 – 75 puntos.

Los resultados obtenidos nos indican que 26 de los 32 sujetos (un 81.3%) del este GC se encuentran en el grupo con pocas o ninguna situación peligrosa, en tanto que solo los 6 restantes (un 18.8%) se encuentran en el nivel medio de situaciones de riesgo.

Ante este resultado, para lograr el objetivo de relacionar esta variable con las que se obtienen del BADS, del WISCONSIN y del test de inteligencia WAIS, se ha optado por emplear el mismo procedimiento del anterior apartado, es decir estimar la asociación mediante el coeficiente de correlación de Spearman. A este método se le va a acompañar de otro test no paramétrico de diferencia entre valores promedio en grupos independientes entre sí: el test U de Mann-Whitney ya empleado como alternativa de los contrastes de medias hechos en los primeros objetivos. Se pretende con esto tener una doble visión que nos permita un mejor y más eficaz abordaje estadístico para el estudio de estas relaciones. Aunque en este segundo método es

importante no perder de vista que el número de casos de los dos grupos está notablemente desequilibrado (26 a 6).

5.9.1. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL BADS.

En la **tabla 52** aparecen los resultados del estudio de la asociación de esta variable del RPI con las variables del BADS. Entre los coeficientes de correlación, no aparece ninguno que alcance significación estadística ($P > .05$) aunque ya sabemos que esto era difícil dado el tamaño de la muestra. Sí que encontramos indicio de una posible relación en el caso del coeficiente entre la puntuación RPI y la puntuación en primer subtest de BADS, el de Cartas con cambio de forma (-0.259). Relación según la cual los casos con valores más bajos en este subtest tenderían a tener valores más altos en RPI.

Por su parte, en las pruebas MW de contraste entre los grupos, tampoco aparecen diferencias significativas ($P > .05$) si bien hay un indicio, debido a que la diferencia se puede considerar como casi significativa ($P < .100$) en la variable del subtest 5 Mapa del zoo, en la que los casos del grupo ninguna o pocas situaciones de riesgo puntúan más alto que los sujetos del grupo con nivel medio de riesgo.

Tabla 52: *Análisis de la asociación.* Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) con las variables del BADS. GC Sin Recaídas.

Variables del BADS	Correlación Spearman		Ninguna o pocas situac. de riesgo		Nivel medio de situac. de riesgo		Mann-Witney	
	Coefficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>T1 – Cartas con cambio de forma</i>	-0.259	.076 _{NS}	3.46	3.50	3.17	3.00	1.30	.153 _{NS}
<i>T2 – Programación de una acción</i>	0.063	.366 _{NS}	3.62	4.00	3.67	4.00	-0.12	.554 _{NS}
<i>T3 – Búsqueda de llaves</i>	0.179	.164 _{NS}	2.35	2.50	2.67	2.50	-0.22	.425 _{NS}
<i>T4 – Estimación de tiempo</i>	-0.036	.423 _{NS}	2.00	2.00	1.83	1.20	0.49	.288 _{NS}
<i>T5 – Mapa del zoo</i>	-0.167	.180 _{NS}	1.38	1.00	0.67	0.00	1.54	.068 _{NS}
<i>T6 – Seis elementos modificados</i>	0.109	.276 _{NS}	2.69	3.00	2.50	2.00	0.35	.367 _{NS}
<i>Punt. total estandarizada corregida</i>	0.019	.458 _{NS}	85.69	87.00	80.00	78.00	0.85	.207 _{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

5.9.2. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL WISCONSIN.

El estudio de la esta asociación se resumen en la **tabla 53**. En este caso sí que han aparecido dos variables con las que la puntuación del inventario RPI está significativamente relacionado ($P < .05$). Se trata de las variables del WISCONSIN: Fallos para mantener la actitud y Porcentaje de respuestas de nivel conceptual.

En la primera de ellas, el coeficiente (-0.319) indica que los sujetos con valores más bajo de Fallos para mantener la actitud son los que más puntúan en el RPI. En la misma línea, el test de MW detecta diferencia significativa ($P < .05$) tal que los casos con nivel medio en situaciones de riesgo, son los que tienen menores puntuaciones en el factor Fallos del test WISCONSIN.

En la segunda, la relación del porcentaje de respuestas de Nivel Conceptual con las puntuaciones RPI es directa (0.298) de modo que están asociados entre sí los valores más altos en ambas variables. Coincidiendo con esto, el test MW también encuentra que la diferencia entre los grupos es significativa ($P < .05$) siendo la media en las Respuestas Conceptuales mayor en los casos del subgrupo con nivel medio en situaciones de riesgo.

En el resto de los cruces no se ven indicios suficientes como para poder sospechar alguna relación.

Tabla 53: *Análisis de la asociación.* Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) con las variables del WISCONSIN. GC Sin Recaídas.

Variables del WISCONSIN	Correlación Spearman		Ninguna o pocas situac. de riesgo		Nivel medio de situac. de riesgo		Mann-Witney	
	Coeficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>Número de categorías completas</i>	0.260	.075 _{NS}	4.65	5.00	5.50	6.00	-1.44	.089 _{NS}
<i>Fallos para mantener la actitud</i>	-0.319	.038*	1.58	1.50	0.50	0.00	1.93	.025*
<i>Respuestas perseverativas en escala T</i>	-0.004	.491 _{NS}	48.00	46.00	50.17	52.00	-0.53	.306 _{NS}
<i>Porcentaje de respuestas perseverativas</i>	-0.197	.141 _{NS}	18.42	18.00	13.83	8.00	1.31	.101 _{NS}
<i>Respuestas de nivel conceptual en T</i>	0.098	.297 _{NS}	93.58	92.00	100.83	101.00	-1.06	.151 _{NS}
<i>Porcentaje de resp. de nivel conceptual</i>	0.298	.049*	59.08	60.00	71.67	80.50	-1.52	.047*

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

5.9.3. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL WAIS-III.

El resumen de los test realizados con las variables de este test, se encuentra en la **tabla 54**. En este caso no aparece ninguna correlación, ni ningún contraste de grupos, que se pueda considerar como significativo ($P > .05$). De modo que las puntuaciones del RPI parecen ser independientes del rendimiento en la ejecución del test WAIS-III.

Tabla 54: *Análisis de la asociación.* Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) con las variables del WAIS-III. GC Sin Recaídas.

Variables del WAIS-III	Correlación Spearman		Ninguna o pocas situac. de riesgo		Nivel medio de situac. de riesgo		Mann-Witney	
	Coficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>C.I. Total</i>	-0.150	.207 _{NS}	101.85	101.00	103.00	99.00	0.24	.412 _{NS}
<i>C.I. Verbal</i>	-0.113	.269 _{NS}	105.77	105.00	105.17	104.00	0.17	.439 _{NS}
<i>C.I. Manipulativo</i>	-0.088	.315 _{NS}	98.77	100.00	100.00	98.50	0.36	.363 _{NS}
<i>Comprensión verbal</i>	0.162	.188 _{NS}	106.04	104.00	108.00	105.00	0.44	.340 _{NS}
<i>Organización perceptiva</i>	0.067	.358 _{NS}	94.38	99.00	99.50	99.00	0.51	.314 _{NS}
<i>Memoria de trabajo</i>	-0.242	.091 _{NS}	107.77	108.00	105.00	105.00	0.22	.421 _{NS}
<i>Velocidad de procesamiento</i>	0.018	.460 _{NS}	106.04	107.50	108.83	107.00	0.54	.299 _{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

5.10. ANÁLISIS DEL NIVEL DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD DE LOS SUJETOS DEL GC SIN RECAÍDAS

Para este estudio disponemos de la variable de puntuación total en la prueba DEX del BADS que nos permite evaluar el deterioro cognitivo desde la percepción del propio sujeto. La descriptiva de esta variable se presenta en la **tabla 55**.

La media de sujetos del GC Sin Recaída es más bien baja: 23 puntos, que se interpreta que a nivel grupal la propia conciencia de enfermedad es baja. El rango de valores observados [5 - 55] nos indica la presencia de algunos sujetos conciencia media e incluso alta. El índice de asimetría indica un cierto grado de asimetría positiva (con más presencia de valores bajos) pero sin embargo el test de bondad de ajuste de S-W nos permite aceptar que el desvío no es significativo ($P > .05$) y se puede aceptar la normalidad de la distribución de la variable.

Tabla 55: Análisis descriptivo y exploratorio.
Cuestionario Disejecutivo (DEX) en el GC Sin
Recaídas.

Variable	Puntuación total en RPI
Media	23.03
IC 95%: límite inferior	18.60
IC 95%: límite superior	27.47
Error típico de la media	2.17
Mediana	19.50
Mínimo	5
Máximo	55
Desviación estándar	12.30
Amplitud semi-intercuartil	8.50
Forma: Asimetría	0.82
Curtosis	0.17
Test S-W (P-valor)	.055 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo ($P > .05$) la variable sí se ajusta al modelo normal

Partiendo de estas puntuaciones se clasifica a los participantes en el estudio en tres subgrupos:

- Menor conciencia de enfermedad: 0 – 26 puntos;
- Grado medio de conciencia de enfermedad: 27 – 53;
- Máxima conciencia de enfermedad: 54 – 80 puntos.

Con ella, se ha obtenido que 21 de los 32 sujetos (un 65.6%) del GC Sin Recaídas se encuentran en el grupo con baja/menor conciencia de enfermedad, 10 casos (el 31.3%) se encuentran en el grado medio de conciencia y solamente 1 (3.1%) está/tiene máxima conciencia de enfermedad.

Ante estos resultados, para relacionar esta variable con las demás implicadas en este objetivo de la investigación se ha optado por repetir el mismo procedimiento estadístico del apartado anterior. Es decir la estimación mediante Spearman de la correlación entre las variables. Y añadir a esto el test de MW para el contraste de diferencia entre los valores promedios de dos grupos. Se consideran dos grupos puesto que el único sujeto de la categoría de máxima conciencia no puede ser analizado como un tercer grupo y se le ha añadido al grupo del grado medio de conciencia.

5.10.1. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL BADS.

El estudio de la relación de las puntuaciones en el DEX con las variables de BADS se resume en la **tabla 56**. Solamente se ha encontrado una significación, con la variable del subtest Mapa del Zoo ($P < .05$) en la que el valor del coeficiente (-0.348) indica que son los casos con menores puntuaciones en este subtest quienes más puntúan en DEX. En esa misma línea el test MW ha detectado diferencia significativa ($P < .05$) tal que los casos del grupo con grado medio/máximo de conciencia los que tienen valores promedio menores en Mapa del zoo. Con el resto de variables no hay indicios suficientes de correlación.

Tabla 56: Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del BADS. GC Sin Recaídas.

Variables del BADS	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coeficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
T1 – Cartas con cambio de forma	0.148	.210 _{NS}	3.38	3.00	3.45	3.00	0.27	.494 _{NS}
T2 – Programación de una acción	0.145	.214 _{NS}	3.52	4.00	3.82	4.00	-1.03	.185 _{NS}
T3 – Búsqueda de llaves	0.039	.416 _{NS}	2.38	2.00	2.45	3.00	-0.06	.487 _{NS}
T4 – Estimación de tiempo	0.048	.396 _{NS}	1.95	2.00	2.00	2.00	-0.15	.526 _{NS}
T5 – Mapa del zoo	-0.348	.025*	1.52	2.00	0.73	1.00	1.77	.040*
T6 – Seis elementos modificados	0.081	.329 _{NS}	2.57	3.00	2.82	3.00	-0.49	.339 _{NS}
Punt. total estandarizada corregida	-0.003	.492 _{NS}	84.57	83.00	84.73	86.00	-0.06	.480 _{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

5.10.2. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL WISCONSIN.

La **tabla 57** contiene los resultados de los análisis de las puntuaciones de DEX con las variables del WISCONSIN. Como se puede comprobar no aparece ninguna correlación ni ninguna diferencia que se pueda considerar como estadísticamente significativa ($P > .05$).

Tabla 57: *Análisis de la asociación.* Cuestionario DEX con las variables del WISCONSIN. GC Sin Recaídas.

Variables del WISCONSIN	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coefficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>Número de categorías completas</i>	-0.086	.319 ^{NS}	5.19	6.00	4.09	5.00	1.38	.088 ^{NS}
<i>Fallos para mantener la actitud</i>	0.087	.318 ^{NS}	1.19	1.00	1.73	2.00	0.95	.177 ^{NS}
<i>Respuestas perseverativas en escala T</i>	-0.071	.350 ^{NS}	49.43	48.00	46.45	46.00	0.48	.323 ^{NS}
<i>Porcentaje de respuestas perseverativas</i>	0.058	.376 ^{NS}	16.48	14.00	19.64	20.00	-0.92	.186 ^{NS}
<i>Respuestas de nivel conceptual en T</i>	-0.098	.297 ^{NS}	96.38	98.00	92.18	89.00	0.78	.225 ^{NS}
<i>Porcentaje de resp. de nivel conceptual</i>	-0.085	.322 ^{NS}	64.00	63.00	56.55	55.00	1.19	.121 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05)

5.10.3. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL WAIS-III

Los resultados de los test estadísticos utilizados para el estudio de estas asociaciones, se resumen en la **tabla 58**. Se ha encontrado una única significación (P<.05) tanto en el coeficiente de Spearman (0.339) como en el test de diferencia de MW, en la variable Organización Perceptiva. Los datos nos indican que los sujetos con mayores valores en esta variable son también quienes tienen valores más altos en DEX y por ello tienden a entrar en el grupo de grado medio/máximo de conciencia de la enfermedad.

También hay posibles indicios de relación con la variable C.I. Manipulativo, ya que el coeficiente de Spearman a pesar de que no es significativo se puede decir que casi lo es (P<.100) y tiene ya un valor moderado (.280) y además de la diferencia también podemos decir que es casi significativa según el test MW (P<.100). Los datos indican que en caso de existir habría una relación directa por la cual los sujetos con mayores valores en el CI Manipulativo serían los que presentarían puntuaciones más altas en DEX y entrarían en grupos de media/máxima concienciación.

Tabla 58: *Análisis de la asociación.* Cuestionario DEX con las variables del WAIS-III. GC Sin Recaída.

Variables del WAIS-III	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coefficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>C.I. Total</i>	0.052	.388 _{NS}	103.50	100.00	100.18	101.00	0.12	.457 _{NS}
<i>C.I. Verbal</i>	-0.113	.269 _{NS}	107.29	107.00	102.55	99.00	0.91	.186 _{NS}
<i>C.I. Manipulativo</i>	0.280	.061 _{NS}	97.48	96.00	101.91	103.00	- 1.33	.095 _{NS}
<i>Comprensión verbal</i>	0.020	.457 _{NS}	107.76	106.00	103.82	104.00	0.96	.175 _{NS}
<i>Organización perceptiva</i>	0.339	.029*	92.52	95.00	100.73	105.00	- 1.83	.034*
<i>Memoria de trabajo</i>	-0.188	.152 _{NS}	109.81	110.00	102.36	108.00	1.07	.147 _{NS}
<i>Velocidad de procesamiento</i>	-0.144	.215 _{NS}	107.81	109.00	104.18	103.00	1.23	.113 _{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) *= Significativo al 5% (P<.05)

5.10.4. RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL MCFI-III.

A continuación se procede a realizar el estudio de la relación de la puntuación en DEX con las variables generadas por el cuestionario MCFI-III. Los resultados se presentan en tablas agrupando a las mismas.

Así, en **tabla 59**, aparece el estudio con los patrones clínicos. Han aparecido varias significaciones:

- Con el patrón Evitativo, el coeficiente (0.319) es significativo (P<.05) e indica una relación directa. El test de diferencia de medias no detecta la significación, pero sí que se podría hablar de una casi significación (P<.100) siendo los casos del grupo con grado medio/máximo los que más puntúan en este patrón.
- En el patrón Depresivo, como en el anterior la correlación es significativa (P<.05) y directa (0.350); en tanto que el test MW solo nos permite decir la diferencias es casi significativa (P<.100).
- En el patrón Narcisista, el coeficiente es inverso (-0.391) y significativo (P<.05) y se confirma plenamente con el test MW donde la diferencia también es significativa (P<.05) tal que los casos con valores más bajos en este patrón son

los que tienen puntuaciones más altas en DEX y entran en la categoría de grado medio/máximo de concienciación.

- En el patrón Antisocial la relación también es significativa ($P < .05$) y ahora directa (0.360) aunque en este caso el test de diferencias no alcanza la significación ($P > .05$) ni se acerca.
- En el patrón Compulsivo se ha encontrado un coeficiente de correlación inverso (-0.498) y altamente significativo ($P < .01$) pero que sin embargo no logra coincidir con la detección de diferencias significativas ($P > .05$) entre los grupos.
- Y con el patrón Negativista aparece una correlación altamente significativa ($P < .01$) y directa (0.537) que además viene refrendada por la significación en el test de diferencias ($P < .01$) de manera tal que los casos con valores más altos en este patrón, puntúan más en DEX y forman parte del grupo con grado medio/máximo de conciencia de enfermedad.

Tabla 59: Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Patrón clínico. GC Sin Recaídas.

Patrones clínicos	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coefficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>Esquizoide</i>	0.256	.086 ^{NS}	41.95	44.00	41.60	40.50	0.18	.435 ^{NS}
<i>Evitativo</i>	0.319	.043 *	37.85	37.00	50.60	55.00	- 1.56	.061 ^{NS}
<i>Depresivo</i>	0.350	.029 *	36.90	38.00	52.90	59.00	- 1.45	.076 ^{NS}
<i>Dependiente</i>	0.195	.150 ^{NS}	44.75	47.00	52.50	63.00	- 1.10	.140 ^{NS}
<i>Histriónico</i>	-0.207	.136 ^{NS}	56.70	56.00	53.00	51.00	0.53	.305 ^{NS}
<i>Narcisista</i>	-0.391	.016 *	68.75	68.00	61.40	62.50	1.77	.039 *
<i>Antisocial</i>	0.360	.025 *	55.90	63.00	60.50	64.00	- 0.22	.418 ^{NS}
<i>Agresivo</i>	0.302	.052 ^{NS}	45.05	45.00	55.00	61.00	- 1.17	.126 ^{NS}
<i>Compulsivo</i>	-0.498	.003**	59.40	60.00	51.60	54.00	1.28	.104 ^{NS}
<i>Negativista</i>	0.537	.001**	36.50	39.00	57.70	63.00	- 2.42	.007**
<i>Autodestructivo</i>	0.219	.122 ^{NS}	37.30	40.50	43.60	51.50	- 0.40	.352 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

La **tabla 60** contiene los análisis con las patologías graves. Ha aparecido correlación significativa ($P < .05$) entre DEX y las patologías Esquizotípica (0.399) y Límite (0.387). Las relaciones directas indican que los casos con más puntuación en ambas patologías, tienen valores más altos en DEX. Esto se confirma con la existencia de diferencias significativas ($P < .01$ y $P < .05$) en el mismo sentido entre los grupos que establece la puntuación DEX, tales que las medias en las variables de las patologías son más altas en los sujetos del subgrupo con grado medio/máximo de conciencia. En la variable de la patología Paranoide se podría hablar de una casi significación ($P < .100$) tanto en el coeficiente (0.267) como en el test MW de diferencias. Los datos en la misma línea de los anteriores, indican que son los casos con puntuaciones más altas en la patología son los que tienden a tener más conciencia de la enfermedad.

Tabla 60: *Análisis de la asociación.* Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Patología grave de la personalidad. GC Sin Recaída.

Patologías graves	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coeficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>Esquizotípico</i>	0.399	.014*	19.95	12.50	41.50	46.50	- 2.33	.009**
<i>Límite</i>	0.387	.017*	30.35	33.00	45.70	51.50	- 1.68	.049*
<i>Paranoide</i>	0.267	.077 ^{NS}	38.85	30.00	50.60	55.00	- 1.48	.072 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

La **tabla 61** nos permite ver el resumen del estudio de la asociación con las variables de los síndromes clínicos. De nuevo han aparecido significaciones; de hecho en todas las variables excepto en la Dependencia de Sustancias, aunque no todos los coeficientes concuerdan con los resultados del test MW de diferencias.

Todas las relaciones encontradas son de tipo directo, es decir que indican que son los sujetos con valores más altos en cada síndrome los que tienen más puntuación en DEX y por tanto tienen grado medio/máximo de conciencia. En concreto:

- Se encuentra correlación altamente significativa ($P < .01$) con el trastorno de Ansiedad (0.484). Pero la diferencia entre grupos es solo casi significativa ($P < .100$) si bien los valores medios tienen el mismo sentido.

- También hay significación ($P < .05$) de la relación directa (0.364) con el Trastorno Somatomorfo, aunque de nuevo la diferencia entre grupos no llega a la significación ($P > .05$) aunque se observe valores en la misma línea.
- Con el Trastorno Bipolar ($P < .05$; 0.369) que en este caso sí que se refrenda con diferencias entre medias en la misma sintonía ($P < .05$).
- Con el Trastorno Distímico ($P < .05$; 0.416) pero de nuevo la diferencia entre los grupos es solo casi significativa ($P < .100$).
- Con la Dependencia del Alcohol ($P < .05$; 0.365) y sin que se llegue a probar la diferencia entre grupos ($P > .05$)
- Y con el Trastorno de Estrés postraumático, donde la relación alcanza alta intensidad (0.543; $P < .01$) siendo también la diferencia entre grupos significativa ($P < .05$).

Tabla 61: Análisis de la asociación. Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Síndromes Clínicos. GC Sin Recaída.

Síndromes clínicos Variables del MCMI-II	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>Tr. de Ansiedad</i>	0.484	.003**	45.55	37.50	68.60	76.50	- 1.54	.064 NS
<i>Tr. Somatomorfo</i>	0.364	.024 *	26.40	17.00	40.10	52.50	- 1.06	.149 NS
<i>Tr. Bipolar</i>	0.369	.023 *	51.95	60.00	65.00	64.50	- 1.79	.037 *
<i>Tr. Distímico</i>	0.416	.011 *	24.60	20.00	37.70	35.00	- 1.45	.077 NS
<i>Dependencia del alcohol</i>	0.365	.024 *	59.95	64.00	67.50	68.00	- 0.80	.220 NS
<i>Depend. de sustancias</i>	0.165	.192 ^{NS}	64.40	68.00	64.70	66.50	- 0.57	.290 NS
<i>Tr. Estrés Postraumático</i>	0.543	.001**	30.75	24.00	46.70	51.00	- 1.88	.031 *

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Y por último en la **tabla 62** se encuentran los resultados con los síndromes clínicos graves. Se ha encontrado correlaciones altamente significativas ($P < .001$) entre las puntuaciones de DEX y el trastorno del Pensamiento (0.667) y la Depresión mayor (0.580) siendo la relaciones directas, lo que indica que son los casos con valores más

altos en estos síndromes quienes más puntúan en DEX, lo que se corrobora con la existencia de diferencias significativas entre los grupos (al menos $P < .05$ en MW). No se encuentra asociación ($P > .05$) con el trastorno delirante.

Tabla 62: *Análisis de la asociación.* Cuestionario DEX con las variables del MCMI-III: Síndrome clínico grave de la personalidad. GC Sin Recaída.

Síndromes clínicos graves	Correlación Spearman		Menor conciencia de enfermedad		Grado medio / Máxima conciencia		Mann-Whitney	
	Coefficiente	P	Media	Mediana	Media	Mediana	Valor	P
<i>Tr. del Pensamiento</i>	0.667	.000**	23.30	17.00	49.90	55.50	- 2.72	.003**
<i>Depresión mayor</i>	0.580	.000**	21.20	12.00	37.10	39.00	- 1.78	.039 *
<i>Tr. Delirante</i>	0.136	.237 ^{NS}	43.95	60.00	52.90	64.00	- 0.83	.211 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

5.11. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS SUJETOS DEL GC SIN RECAÍDAS QUE PRESENTAN MAYOR DETERIORO Y LOS SUJETOS DEL GC CON RECAÍDAS EN LAS VARIABLES: INTELIGENCIA GENERAL, FUNCIÓN EJECUTIVA Y DESPISTAJE PSICOPATOLÓGICO DE LA PERSONALIDAD.

Para seleccionar a los sujetos del GC Sin Recaídas con mayor deterioro, se intenta en un principio utilizar como punto de corte la Inteligencia General pero no ha sido una variable de screening adecuada, ya que la mayoría de los sujetos de la muestra se sitúan en la categoría de inteligencia normal. Como no fue discriminativo, se recurre al BADS (el cual permite valorar si existe un deterioro general del funcionamiento ejecutivo) para poder dividir a los sujetos basándonos en una diferencia clínica en cuanto a puntuaciones normales y patológicas. Por lo tanto, basándonos en ese criterio, encontramos que 19 sujetos (de los 32 que componen la muestra) presentan un deterioro inferior a la media, por tanto un 59.4% del total del GC Sin Recaídas.

Lo se pretende es comparar a estos sujetos sin recaídas pero con un grado de deterioro con los sujetos del GC Con Recaídas, con la intención de detectar en este

caso, cuando no existen diferencias significativas entre uno y otro grupo, predictores de una futura recaída.

A continuación se exponen los resultados del análisis estadístico, por grupos de variables, empleando la misma estrategia estadística de los primeros apartados de los resultados.

5.11.1. VARIABLES DEL BADS

En primer lugar se exponen los resultados del contraste de las variables del BADS (**tabla 63**). Solo se han encontrado diferencias significativas en una variable (Búsqueda de llaves; $P < .05$; efecto leve). En todas las demás no existen diferencias estadísticamente significativas ($P > .05$) de modo que los sujetos sin recaída pero con mayor grado de deterioro son similares en estas variables a los casos del GC Con Recaídas.

Tabla 63: Test de diferencias de medias. Variables de BADS entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables del BADS	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Cartas con cambio de forma	3.06	1.09	3.47	0.61	-1.52	50	.135 _{NS}	--	-1.16	.256 _{NS}
Programación de una acción	3.48	0.91	3.42	0.77	0.26	50	.797 _{NS}	--	0.55	.613 _{NS}
Búsqueda de llaves	1.00	1.22	1.84	1.46	-2.22	50	.031 _*	090	-2.16	.032 _*
Estimación de tiempo	1.36	0.90	1.63	0.76	-1.10	50	.278 _{NS}	--	-1.20	.234 _{NS}
Mapa del zoo	1.00	1.41	0.79	1.23	0.54	50	.591 _{NS}	--	0.67	.510 _{NS}
Seis elementos modificado	1.82	0.98	2.26	0.99	-1.57	50	.123 _{NS}	--	-1.56	.122 _{NS}
P. Total estandarizada corregida por edad	66.73	16.93	74.84	15.70	-1.71	50	.094 _{NS}	--	-1.62	.106 _{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

Al contrastar la variable de la puntuación total según las categorías de clasificación (**tabla 64**) se ratifica la ausencia de diferencias significativas ($P > .05$) entre estos dos grupos de sujetos.

Tabla 64: Distribución del desempeño en el BADS. Categorías de clasificación. Contraste de categorías entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Categorías de la Puntuación Total en BADS, estandarizada y corregida por edad	Grupo clínico				Test Chi cuadrado		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
Desempeño muy bajo	54.5 %	18	31.6 %	6	6.98	4	.137 ^{NS}
Desempeño bajo	27.3 %	9	36.8 %	7			
Desempeño inferior a la media	12.1 %	4	26.3 %	5			
Desempeño medio	6.1 %	2	0 %	--			
Desempeño por encima de la media	0 %	--	5.3 %	1			
Desempeño superior	0 %	--	0 %	--			
Desempeño muy superior	0 %	--	0 %	--			

N.S. = NO significativo (P>.05)

5.11.2. VARIABLES DEL WISCONSIN.

La **tabla 65** contiene los resultados de los contrastes entre las medias de los sujetos de estos dos grupos en las variables de este instrumento. Se han encontrado varias diferencias que son estadísticamente significativas y alguna que casi lo es. Aquellas variables en las que los dos grupos se comportan de manera similar puesto que las diferencias son claramente no significativas son: Fallos para mantener la actitud y en Perseveraciones tanto en porcentaje de respuestas como en puntuación estandarizada en T.

Tabla 65: Test de diferencias de medias. Variables del WISCONSIN entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables de WISCONSIN	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Número de categorías completas	3.30	1.83	4.74	1.70	-2.80	50	.007**	.135	-2.67	.007**
Fallos para mantener la actitud	1.24	1.35	1.42	1.17	-0.48	50	.632 ^{NS}	--	-0.78	.444 ^{NS}
Porcent. de resp. perseverativas	23.64	11.20	18.89	10.73	1.49	50	.142 ^{NS}	--	0.87	.393 ^{NS}
Perseveraciones: punt. en escala T	44.45	11.89	45.68	9.83	0.38	50	.704 ^{NS}	--	1.45	.151 ^{NS}
Porcent. de resp. nivel conceptual	45.94	18.31	59.21	18.10	-2.53	50	.015 *	.113	-1.66	.049 *
Resp. de nivel conceptual en escala T	85.27	12.69	91.89	12.39	-1.83	50	.074 ^{NS}	--	-2.28	.022 *

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Al contrastar la distribución de la variable Número de Categorías entre estos dos grupos, se ha encontrado diferencia significativa ($P < .05$) de modo que no podemos admitir que ambos grupos se comportan por igual, siendo similar al resultado hallado arriba (tabla 64).

Tabla 66: Distribución de la variable Número de categorías en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Número de categorías completadas	Grupo clínico				Test Chi cuadrado		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
0	12.1 %	4	0 %	--			
1	3.0 %	1	5.3 %	1			
2	12.1 %	4	10.5 %	2			
3	30.3 %	10	10.5 %	2	12.98	6	.043 *
4	15.2 %	5	5.3 %	1			
5	12.1 %	4	15.8 %	3			
6	15.2 %	5	52.6 %	10			

*= Significativo al 5% ($P < .05$)

En el contraste de la distribución del número de Fallos para mantener la actitud entre estos dos grupos (**tabla 67**) coincidiendo con el resultado anterior (tabla 65) tampoco se encuentran diferencias que sean estadísticamente significativas ($P > .05$).

Tabla 67: Distribución de la variable Número de fallos para mantener la actitud en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Número de fallos para mantener la actitud	Grupo clínico				Test Chi cuadrado		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
Sin fallos	36.4 %	12	31.6 %	6			
Uno	30.3 %	10	15.8 %	3	2.31	3	.511 ^{NS}
Dos	18.2 %	6	31.6 %	6			
Más de dos	15.2 %	5	21.1 %	4			

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

En Preservaciones (**tabla 68**) no se encuentran diferencias significativas ($P>.05$) entre los grupos contrastados, corroborando el resultado anterior (ver tabla 65).

Tabla 68: Distribución de la variable Perseveraciones en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Categorías de clasificación en Perseveraciones	Grupo clínico				Test Chi cuadrado		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
Deterioro grave	87.9 %	29	89.5 %	17	2.12	3	.547 ^{NS}
Deterioro grave-moderado	3.0 %	1	5.3 %	1			
Deterioro moderado	3.0 %	1	5.3 %	1			
Deterioro moderado a intermedio	6.1 %	2	0 %	--			
Deterioro intermedio	0 %	--	0 %	--			
Deterioro superior a la media	0 %	--	0 %	--			
Deterioro medio	0 %	--	0 %	--			
Deterioro inferior al medio	0 %	--	0 %	--			

N.S. = NO significativo ($P>.05$)

Y en la comparación de la distribución de las categorías de las respuestas de Nivel Conceptual entre estos dos grupos, tampoco se han encontrado diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P>.05$), en contra de lo que se obtuvo al contrastar anteriormente las medias.

Tabla 69: Distribución de la variable Respuestas de nivel conceptual en el WISCONSIN. Contraste de distribución entre sujetos con recaída y sujetos sin recaída y alto deterioro.

Categorías de clasificación en Respuestas de nivel conceptual	Grupo clínico				Test Chi cuadrado		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas N=32		Valor	gl	P
	%	(n)	%	(n)			
Deterioro grave	0 %	--	0 %	--	6.96	6	.324 ^{NS}
Deterioro grave-moderado	3.0 %	1	0 %	--			
Deterioro moderado	6.1 %	2	0 %	--			
Deterioro moderado a intermedio	15.2 %	5	5.3 %	1			
Deterioro intermedio	24.2 %	8	36.8 %	7			
Deterioro superior a la media	15.2 %	5	5.3 %	1			
Deterioro medio	30.3 %	10	36.8 %	7			
Deterioro inferior al medio	6.1 %	2	15.8 %	3			

N.S. = NO significativo ($P>.05$)

5.11.3. VARIABLES DEL WAIS-III

El contraste entre las medias de ambos grupos en las variables del WAIS, se resume en la **tabla 70**. Se han encontrado diferencias significativas en casi todas las variables, además de una que se puede considerar como casi significativa. De manera que en la única variable donde podemos afirmar sólidamente que los dos grupos son similares es en Organización Perceptiva en la cual las diferencias no alcanzan significación ($P > .05$).

Tabla 70: Test de diferencias de medias. Variables de WAIS-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables de WAIS-III	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=33		SIN recaídas y alto deterioro N=19		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
C.I. Total	90.85	12.32	99.26	12.25	-2.38	50	.021 *	1.01	-2.24	.024 *
C.I. Verbal	93.67	13.42	102.37	13.18	-2.27	50	.028 *	0.93	-2.03	.042 *
C.I. Manipulativo	89.36	11.34	97.89	13.63	-2.42	50	.019 *	.105	-2.32	.019 *
Comprensión verbal	96.76	12.85	103.37	10.76	-1.89	50	.064 ^{NS}	--	-1.95	.053 ^{NS}
Organización perceptiva	90.39	11.37	90.42	22.27	-0.01	50	.995 ^{NS}	--	-1.27	.209 ^{NS}
Memoria de trabajo	92.45	14.92	103.68	16.10	-2.54	50	.014 *	.114	-2.28	.022 *
Velocidad de procesamiento	94.88	11.57	102.79	7.22	-3.71	50	.001**	.216	-3.37	.001**

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

El contraste entre grupos de las variables anteriores presentadas en forma de categorías de clasificación, se resume en la **tabla 71** que sigue. Aún aparecen algunas diferencias significativas (al menos con $P < .05$). Pero han desaparecido otras, debido a que como se sabe hay una gran parte de casos dentro del nivel intelectual de la normalidad. Así, los resultados nos permiten admitir ahora que además de en Organización Perceptiva, tampoco hay diferencias significativas entre los grupos ($P > .05$) en la clasificación de los sujetos en las variables: CI Verbal, CI Manipulativo y Comprensión Verbal.

Tabla 71: Distribución de variables de WAIS. Categorías de Capacidad intelectual entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables WAIS-III	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas N=33	SIN recaídas y alto deterioro N=19	Valor	gl	P
C.I. total	Retraso mental ligero (50-69)	9.1 % (3)	5.3 % (1)	8.14	3	.043 *
	R.M. límite (70-84)	21.2 % (7)	0 % (--)			
	Inteligencia normal (85-110)	63.6 % (21)	78.9 % (15)			
	Inteligencia superior (>110)	6.1 % (2)	15.8 % (3)			
C.I. verbal	Retraso mental ligero (50-69)	6.1 % (2)	0 % (--)	4.86	3	.183 ^{NS}
	R.M. límite (70-84)	18.2 % (6)	5.3 % (1)			
	Inteligencia normal (85-110)	66.7 % (22)	73.7 % (14)			
	Inteligencia superior (>110)	9.1 % (3)	21.1 % (4)			
C.I. manipulativo	R.M. límite (70-84)	27.3 % (9)	10.5 % (2)	3.00	2	.224 ^{NS}
	Inteligencia normal (85-110)	66.7 % (22)	73.7 % (14)			
	Inteligencia superior (>110)	6.1 % (2)	15.8 % (3)			
Comprensión verbal	Retraso mental ligero (50-69)	3.0 % (1)	0 % (--)	3.25	3	.354 ^{NS}
	R.M. límite (70-84)	15.2 % (5)	5.3 % (1)			
	Inteligencia normal (85-110)	63.6 % (21)	84.2 % (16)			
	Inteligencia superior (>110)	18.2 % (6)	10.5 % (2)			
Organización perceptiva	Retraso mental grave (20-34)	0 % (--)	5.3 % (1)	5.53	4	.237 ^{NS}
	Retraso mental ligero (50-69)	3.0 % (1)	5. % (1)			
	R.M. límite (70-84)	33.3 % (11)	10.5 % (2)			
	Inteligencia normal (85-110)	57.6 % (19)	73.7 % (14)			
	Inteligencia superior (>110)	6.1 % (2)	5.3 % (1)			
Memoria de trabajo	Retraso mental ligero (50-69)	12.1 % (4)	0 % (--)	19.41	3	.000**
	R.M. límite (70-84)	12.1 % (4)	15.8 % (3)			
	Inteligencia normal (85-110)	75.8 % (25)	47.4 % (9)			
	Inteligencia superior (>110)	0 % (--)	36.8 % (7)			
Velocidad de procesamiento	R.M. límite (70-84)	24.2 % (8)	0 % (--)	8.22	2	.016 *
	Inteligencia normal (85-110)	60.6 % (20)	84.2 % (16)			
	Inteligencia superior (>110)	15.2 % (5)	15.8 % (3)			

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

5.11.4. VARIABLES DEL MCFI-III

Los análisis de las múltiples variables de este instrumento se resumen en 4 tablas, presentándolas por grupos clínicos. La **tabla 72** presenta los resultados de los patrones clínicos. Se han encontrado varios en los que hay diferencias significativas o casi significativas ($P < .100$). Por tanto solo tenemos suficientes evidencias de que ambos grupos son similares con diferencias claramente no significativas ($P > .100$) en las variables de los patrones: Esquizoide, Dependiente y Narcisista. Aunque también hay sospechas de que los grupos pueden ser similares en las variables de los patrones: Depresivo, Antisocial, Negativista y Autodestructivo.

Tabla 72: Test de diferencias de medias. Variables de los Patrones clínicos del MCFI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables de los Patrones clínicos	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas y alto deterioro N=18		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Esquizoide	51.31	16.61	43.33	20.68	1.55	45	.128 ^{NS}	--	1.12	.269 ^{NS}
Evitativo	54.14	16.12	42.72	20.33	1.94	45	.058 ^{NS}	--	1.99	.046 [*]
Depresivo	56.97	14.89	47.00	21.43	1.88	45	.066 ^{NS}	--	1.17	.246 ^{NS}
Dependiente	56.38	16.41	52.39	22.69	0.70	45	.488 ^{NS}	--	0.10	.927 ^{NS}
Histriónico	37.86	19.36	59.00	17.03	-3.80	45	.000 ^{**}	.243	-3.06	.002 ^{**}
Narcisista	58.07	16.43	64.67	8.64	-1.57	45	.123 ^{NS}	--	-1.54	.127 ^{NS}
Antisocial	66.21	7.28	58.22	17.34	1.86	45	.078 ^{NS}	--	1.13	.264 ^{NS}
Agresivo	61.10	11.09	48.78	21.12	2.29	45	.032 [*]	.133	1.73	.084 ^{NS}
Compulsivo	42.69	17.11	55.78	17.58	-2.52	45	.017 [*]	.124	-2.46	.013 [*]
Negativista	58.14	10.22	46.61	23.96	1.94	45	.067 ^{NS}	--	0.92	.363 ^{NS}
Autodestructivo	52.69	13.90	43.39	19.73	1.75	45	.091 ^{NS}	--	1.50	.136 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Pero si observamos los resultados de cruzar estas variables categorizadas entre ambos grupos (**tabla 73**) como ya ocurriera antes, la presencia de gran cantidad de sujetos en la categoría normal, evita obtener diferencias significativas. De modo que solo en la variable del patrón Histriónico habría diferencias entre los grupos, en tanto que en todas las demás no la habría.

Tabla 73: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Patrones clínicos del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variable: <i>Patrón clínico</i>	Categorías	<i>Grupo clínico</i>		<u>Test Chi-cuadrado</u>		
		<i>CON recaídas</i> N=29	<i>SIN recaídas y</i> <i>alto deterioro</i> N=18	Valor	gl	P
<i>Esquizoide</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (18)	---	--	---
<i>Evitativo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	100 % (18)	0.00	1	.999 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--			
<i>Depresivo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	100 % (18)	0.00	1	.999 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--			
<i>Dependiente</i>	Normal (≤ 75)	93.1 % (27)	94.4 % (17)	1.08	2	.583 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	5.6 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	--			
<i>Histriónico</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	77.8 % (14)	8.29	2	.016 [*]
	Presencia de rasgo (76-84)	--	11.1 % (2)			
	Trastorno (≥ 85)	--	11.1 % (2)			
<i>Narcisista</i>	Normal (≤ 75)	86.2 % (25)	88.9 % (16)	2.17	2	.339 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	6.9 % (2)	11.1 % (2)			
	Trastorno (≥ 85)	6.9 % (2)	--			
<i>Antisocial</i>	Normal (≤ 75)	93.1 % (27)	94.4 % (17)	0.00	1	.986 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	6.9 % (2)	5.6 % (1)			
<i>Agresivo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	94.4 % (17)	2.89	2	.236 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	--	5.6 % (1)			
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	--			
<i>Compulsivo</i>	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	83.3 % (15)	3.12	2	.210 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	11.1 % (2)			
	Trastorno (≥ 85)	--	5.6 % (1)			
<i>Negativista</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (18)	---	--	---
	Presencia de rasgo (76-84)	--	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			
<i>Autodestructivo</i>	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (18)	---	--	---
	Presencia de rasgo (76-84)	--	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	--			

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)

Los test de comparación entre las medias de estos grupos en las variables de las patologías graves, se resumen en la **tabla 74**. Se han encontrado diferencias significativas en las tres variables de modo que en este caso no se puede hablar de similitud entre los grupos.

Tabla 74: Test de diferencias de medias. Variables de las Patologías graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables de las Patologías graves	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas y alto deterioro N=18		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Esquizotípico	54.69	18.50	31.28	25.00	3.68	45	.001**	.232	2.72	.006**
Límite	57.72	16.32	36.50	22.40	3.75	45	.000**	.238	2.86	.004**
Paranoide	63.24	12.74	46.28	26.52	2.95	45	.005**	.162	2.33	.019 *

* = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

En cambio sí se realizan las comparaciones en función de las categorías de clasificación diagnóstica (**tabla 75**) de estas variables, esas diferencias desaparecen y los grupos parecen similares.

Tabla 75: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de las Patologías graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variable: Patología grave	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas N=29	SIN recaídas y alto deterioro N=18	Valor	gl	P
Esquizotípico	Normal (≤ 75)	93.1 % (27)	100 % (18)			
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--	1.99	2	.370 ^{NS}
	Trastorno (≥ 85)	3.4 % (1)	--			
Límite	Normal (≤ 75)	100 % (29)	100 % (18)	---	--	---
Paranoide	Normal (≤ 75)	86.2 % (25)	94.4 % (17)			
	Presencia de rasgo (76-84)	13.8 % (4)	--	5.87	2	.053 ^{NS}
	Trastorno (≥ 85)	--	5.6 % (1)			

N.S. = NO significativo (P>.05)

La comparación de las variables de los síndromes clínicos se resume en la **tabla 76**. Se han encontrado algunas diferencias significativas (al menos para P<.05). No aparecen significaciones (P>.05) por lo que tenemos razonables datos como para pensar que los dos grupos comparados son similares, en las variables: Trastorno de Ansiedad, Somatomorfo y Dependencia de Sustancias. Y queda alguna duda en el Trastorno Bipolar donde la diferencia es casi significativa, pero no tenemos suficiente información como aceptar que los grupos sean similares en ella.

Tabla 76: Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes clínicos del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables de los Síndromes clínicos	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas y alto deterioro N=18		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Trastorno de Ansiedad	70.79	23.50	60.28	29.66	1.35	45	.185 ^{NS}	--	1.17	.246 ^{NS}
Trastorno Somatomorfo	43.34	25.17	29.78	27.68	1.73	45	.091 ^{NS}	--	1.46	.147 ^{NS}
Trastorno Bipolar	65.90	16.15	57.50	15.22	1.77	45	.083 ^{NS}	--	1.91	.057 ^{NS}
Trastorno Distímico	59.66	21.18	29.61	24.94	4.50	45	.000**	.310	3.63	.000**
Dependencia del Alcohol	90.97	14.09	66.28	10.66	6.38	45	.000**	.475	4.95	.000**
Dependencia de Sustancias	69.59	8.09	63.94	19.59	1.38	45	.174 ^{NS}	--	0.36	.724 ^{NS}
Trastorno de Estrés Postraumático	55.17	18.44	39.44	21.63	2.66	45	.011 *	.136	2.15	.031 *

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Al repetir los análisis con las variables anteriores en forma categórica (**tabla 77**) como sabemos es más fácil encontrar no significaciones debido a la concentración de sujetos en el nivel normal. Así solo se han encontrado diferencias significativas en dos variables (Trastorno Bipolar y Dependencia del Alcohol) y ya no las hay en todas las demás, donde los dos grupos serían similares.

Tabla 77: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de los Síndromes clínicos del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variable:	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas N=29	SIN recaídas y alto deterioro N=18	Valor	gl	P
<i>Trastorno de ansiedad</i>	Normal (≤75)	48.3 % (14)	50.0 % (9)			
	Presencia de rasgo (76-84)	20.7 % (6)	33.3 % (6)	1.64	2	.441 ^{NS}
	Trastorno (≥85)	31.0 % (9)	16.7 % (3)			
<i>Trastorno somatomorfo</i>	Normal (≤75)	100 % (29)	100 % (18)	---	--	---
<i>Trastorno bipolar</i>	Normal (≤75)	72.4 % (21)	100 % (18)			
	Presencia de rasgo (76-84)	20.7 % (6)	--	8.72	2	.013 *
	Trastorno (≥85)	6.9 % (2)	--			
<i>Trastorno distímico</i>	Normal (≤75)	79.3 % (23)	94.4 % (17)			
	Presencia de rasgo (76-84)	13.8 % (4)	5.6 % (1)	3.01	2	.223 ^{NS}
	Trastorno (≥85)	6.9 % (2)	--			
<i>Dependencia del alcohol</i>	Normal (≤75)	13.8 % (4)	72.2 % (13)			
	Presencia de rasgo (76-84)	27.6 % (8)	27.8 % (5)	26.68	2	.000**
	Trastorno (≥85)	58.6 % (17)	--			
<i>Dependencia de sustancias</i>	Normal (≤75)	79.3 % (23)	83.3 % (15)			
	Presencia de rasgo (76-84)	17.2 % (5)	16.7 % (3)	0.99	2	.610 ^{NS}
	Trastorno (≥85)	3.4 % (1)	--			
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	Normal (≤75)	89.7 % (26)	100 % (18)			
	Presencia de rasgo (76-84)	10.3 % (3)	--	0.64	1	.426 ^{NS}
	Trastorno (≥85)	--	--			

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)

Y para terminar en la **tabla 78** se presentan los resultados de los Síndromes Clínicos Graves. Se detectan diferencias significativas o casi significativas en todas las variables, por lo que estos dos grupos en estas variables no son similares.

Tabla 78: Test de diferencias de medias. Variables de los Síndromes clínicos graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variables de los Síndromes clínicos graves	Grupo clínico				T de Student			Mann-Whitney		
	CON recaídas N=29		SIN recaídas y alto deterioro N=18		Valor	gl	P	Tamaño del efecto R ²	Valor	P
	Media	D.E.	Media	D.E.						
Trastorno del pensamiento	61.17	22.30	34.06	23.43	3.98	45	.000**	.260	3.34	.001**
Depresión mayor	46.86	25.54	28.72	24.48	2.40	45	.020 *	.114	2.37	.017 *
Trastorno delirante	58.45	24.71	40.33	33.58	1.98	45	.057 ^{NS}	--	2.07	.038 *

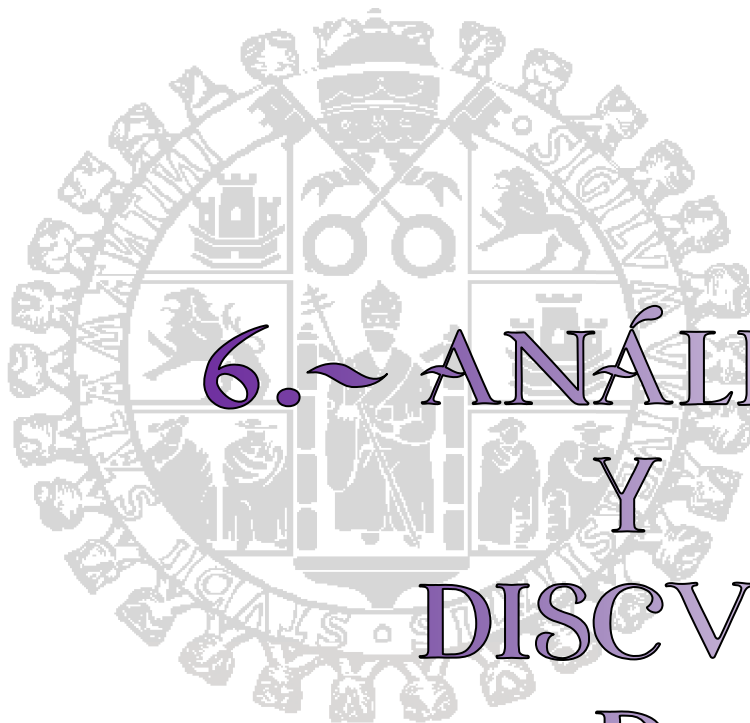
N.S. = NO significativo (P>.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Pero si se comparan los grupos cuando las variables anteriores se categorizan, desaparece la significación que antes había en la variable depresión mayor en la que, ahora, se podría decir que los grupos son similares.

Tabla 79: Análisis asociativo: Chi-cuadrado. Variables de las Patologías graves del MCMI-III entre sujetos del GC Con Recaídas y sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva.

Variable: Síndrome clínico grave	Categorías	Grupo clínico		Test Chi-cuadrado		
		CON recaídas N=29	SIN recaídas y alto deterioro N=18	Valor	gl	P
Trastorno del pensamiento	Normal (≤ 75)	72.4 % (21)	100 % (18)	8.72	2	.013 *
	Presencia de rasgo (76-84)	17.2 % (5)	--			
	Trastorno (≥ 85)	10.3 % (3)	--			
Depresión mayor	Normal (≤ 75)	96.6 % (28)	100 % (18)	0.00	1	.993 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	3.4 % (1)	--			
Trastorno delirante	Normal (≤ 75)	86.2 % (25)	94.4 % (17)	5.87	2	.053 ^{NS}
	Presencia de rasgo (76-84)	13.8 % (4)	--			
	Trastorno (≥ 85)	--	5.6 % (1)			

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)



6. ANÁLISIS
Y
DISCUSIÓN
DE
RESULTADOS

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal del trabajo de investigación es determinar la existencia de diferencias significativas entre dos grupos clínicos de sujetos con dependencia del alcohol en el deterioro de la función ejecutiva y el despistaje psicopatológico de la personalidad y su implicación con las recaídas.

A continuación se exponen los objetivos específicos del trabajo, las hipótesis planteadas y el análisis y discusión de los datos en base a los objetivos del estudio.

Objetivo 1: Comparar el deterioro en la función ejecutiva entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas y analizar qué aspectos cognitivos están más deteriorados.

H1: Se plantea la existencia de mayor deterioro estadísticamente significativo en la función ejecutiva en el GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas.

Como hemos visto anteriormente, las pruebas que permiten evaluar la existencia de deterioro en la función ejecutiva, y que se han empleado para valorar el perfil de la muestra de los dos grupos clínicos, son el Wisconsin y el Bads.

Los resultados estadísticamente significativos que se encuentran son los siguientes:

- ✓ En el análisis del Bads, encontramos que un 93,9% de los sujetos del GC Con Recaídas presentan un desempeño inferior a la media; mientras que en el GC Sin Recaídas, es el 59,4% de los sujetos los que obtienen rendimientos inferiores. Por lo tanto, podemos afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de sujetos.
- ✓ En el Wisconsin, se observa en las cuatro variables estudiadas peor rendimiento en los sujetos del GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas.

- ✓ Por lo tanto, las pruebas específicas que evalúan Función Ejecutiva, parecen mostrarse como pruebas más válidas para apreciar el deterioro más acusado en el GC Con Recaídas.

A continuación se exponen con detalle todos los resultados encontrados en las pruebas que evalúan función ejecutiva, destacando el análisis estadístico, por un lado, y el clínico, por otro, con el fin de interpretar correctamente todos los resultados.

❖ En cuanto al **análisis del BADS**, se pueden observar los siguientes resultados:

- Al realizar el análisis de las puntuaciones totales de ambos grupos de sujetos (tabla 6) se observa que la media del GC Con Recaídas (11,73: puntuación directa) es inferior a la media de las puntuaciones del GC Sin Recaídas (15,31), siendo la puntuación máxima de 24. Por lo tanto, en el análisis de las puntuaciones totales se aprecian peores rendimientos en el test del GC Con Recaídas, apareciendo diferencias altamente significativas ($P < .001$) entre los dos grupos (tabla 8).
- Si analizamos el desempeño de la muestra de cada uno de los grupos clínicos en los 6 subtest que componen el BADS, encontramos los siguientes resultados (Tabla 7):
 - Test de cartas con cambio de normas: la puntuación media obtenida por los sujetos del GC Con Recaídas en este test es de 3,06; y la puntuación media obtenida por los sujetos del GC Sin Recaídas es de 3,41; situándose el intervalo de puntuaciones posibles de 0 a 4. Como se puede observar en la tabla, la diferencia en este subtest entre los dos grupos clínicos, no es estadísticamente significativa, pero sí se aprecia que la media en el GC Sin Recaídas es ligeramente superior. La mayoría de los sujetos encuentran esta parte de la prueba sumamente sencilla y pocos sujetos fallan, como se demuestra en dicho estudio, lo cual nos indica que los sujetos con dependencia del alcohol, independientemente de que hayan sufrido o no recaídas, son capaces de alternar de una norma a otra, es decir, muestran

capacidad de resistencia a la interferencia, así como flexibilidad cognitiva, comprensión verbal y adecuada percepción visual de estímulos abstractos.

- Test de programación de una acción: la puntuación media que obtiene la muestra del GC Con Recaídas es de 3,48; y la puntuación que obtiene el GC Sin Recaídas es de 3,63 (siendo el intervalo de puntuaciones de 0 a 4), no apreciándose diferencias significativas entre los dos grupos. Se puede observar un rendimiento normal en esta prueba en los dos grupos, siendo ligeramente superior en los sujetos que nunca han sufrido una recaída. Para valorar clínicamente estos resultados hay que tener en cuenta las características de este subtest: en esta prueba no hay tiempo límite para llevarla a cabo, pero si el sujeto es incapaz de progresar a través de las diferentes etapas del proceso, el profesional que evalúa brinda al sujeto la clave necesaria para que logre realizar los pasos que le lleven a la meta final. Es decir, si el sujeto no ha realizado ningún intento para efectuar el paso necesario en dos minutos, o si persevera con una acción que no es apropiada, entonces se le proporciona la clave. En este subtest se dan herramientas que facilitan la solución del problema pero también prohibiciones en el desempeño de la misma. Lo que se observa en la muestra del GC Con Recaídas, es que los sujetos consiguen la meta final, pero en la mayoría de los casos se han proporcionado claves para poder lograrlo, las cuales, implican perder puntos en la prueba (cada paso completado sin ayuda se valora con 0 puntos).
- Test de la búsqueda de llaves: en este caso se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < ,01$) entre los dos grupos clínicos. Los sujetos del GC Con Recaídas presentan una puntuación media muy baja en este test (1), siendo el intervalo de puntuaciones posibles de 0 a 4. Mientras que el GC Sin Recaídas obtiene una puntuación media de 2,41 (normal-bajo). Esta tarea cumple con el criterio de ser análoga a una actividad de la vida diaria, ya que perder un objeto es bastante frecuente para todos y común en personas con daño cerebral. La puntuación media obtenida por el GC Con Recaídas muestra un déficit en la habilidad para

planear un curso de acción efectivo y eficiente, así como una alteración visoespacial y de estrategia más o menos eficaz para garantizar la consecución del objetivo, el cual, no se evidencia en el GC Sin Recaídas. No obstante, no se nos puede pasar por alto valorar a nivel clínico la puntuación que obtienen los sujetos del GC Sin Recaídas en este subtest, que nos indica un rendimiento normal-bajo, con respecto a la población normal y que tendríamos que tener en cuenta en la intervención posterior con estos sujetos en la prevención de recaídas.

- Test de estimación del tiempo: En este subtest también aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < ,01$) entre ambos grupos clínicos (1,36 del GC Con Recaídas/1,97 del GC Sin Recaídas, en un intervalo de 0 a 4). Pero clínicamente se puede observar que en ambos grupos el rendimiento en este subtest es bajo, por lo tanto, los sujetos con dependencia del alcohol con/sin recaídas tienen dificultades para realizar estimaciones razonables en la variable “tiempo”, en la realización de tareas que son comunes dentro del contexto sociocultural en el que se vive (por ejemplo: “¿Cuánto tiempo se tarda en realizar una consulta rutinaria en el dentista?” o “¿Cuánto tiempo suelen vivir los perros?”) y en el razonamiento inductivo-deductivo, apreciándose, no obstante, mayor deterioro en los sujetos que han sufrido recaídas a lo largo de la enfermedad.
- Test del mapa del zoo: En esta ocasión no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos. La puntuación media de los sujetos del GC Con Recaídas es de 1, en un intervalo de 0 a 4. Y en el GC Sin Recaídas la puntuación media es de 1,25. Sin embargo, la valoración clínica del rendimiento es baja en ambos grupos, por lo que es difícil poder encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los mismos. Por lo tanto, el bajo rendimiento de los sujetos de ambos grupos en esta subprueba, nos indica un déficit en la habilidad de los sujetos para minimizar sus propios errores, siendo incapaces de modificar su desempeño al darles retroalimentación cuando rompen una regla de la

tarea. Esta subprueba está formada por dos partes cuya comparación nos permite realizar una evaluación cualitativa de la capacidad de los sujetos en el desempeño de las mismas. Por lo tanto, podemos concluir en base a los resultados encontrados que los sujetos de ambos grupos clínicos presentan dificultades en la capacidad para planificar espontáneamente la tarea cuando la estructuración es mínima y, por otro lado, existen dificultades en la capacidad de estos sujetos para seguir estrategias concretas y externas cuando hay alta estructuración de la tarea, mediado todo por la memoria operativa. Teniendo en cuenta que la capacidad en inteligencia general en ambos grupos está dentro de la normalidad, el deterioro hace referencia a las capacidades previas, siendo razonable deducir que ha habido un daño específico del funcionamiento ejecutivo en esta prueba.

- Y por último, en el Test de los seis elementos modificados, también se observan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, apreciándose un desempeño muy bajo en el GC Con Recaídas (media: 1,82, en un intervalo de puntuaciones de 1 a 4) con respecto al GC Sin Recaídas, que presenta un desempeño normal-bajo (media: 2,66). Este subtest es una prueba de alta exigencia, que conlleva procesos de atención sostenida, de memoria operativa y de flexibilidad cognitiva. Por lo tanto, los sujetos del GC Con Recaídas presentan mayores dificultades en la planificación, organización y supervisión de su propia conducta, que los sujetos del GC Sin Recaídas.
- Si realizamos el análisis comparativo de los dos grupos en el desempeño de la prueba, se aprecian los siguientes resultados:
- En el GC Con Recaídas, existe una mayoría estadísticamente significativa ($P < .001$) de sujetos con un desempeño muy bajo (54,5%) en la prueba, un 27,3% de los sujetos obtiene un desempeño bajo y un 12,1% con un desempeño inferior a la media. Por lo tanto, podemos afirmar que la mayoría de la muestra (93,9%) del GC Con Recaídas presenta deterioro en

el desempeño del BADS.

- En el GC Sin Recaídas, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($P > .05$) en la distribución de los casos entre las categorías observadas, ya que el porcentaje de casos en función del desempeño en la prueba es muy similar en las diferentes categorías. No obstante, se observa que el 21,9% de los sujetos del GC Sin Recaídas presenta un desempeño muy bajo, el otro 21,9% un desempeño bajo y un 15,6% un desempeño inferior a la media. Es decir, que más de la mitad de la muestra (59,4%) presenta rendimientos inferiores, que nos indican que existe deterioro cognitivo no mediado por las recaídas, probablemente por el propio consumo, que puede estar afectando a las estructuras prefrontales.
 - Al comparar ambos grupos de sujetos se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($P < .001$), verificando que el desempeño de los sujetos del GC Con Recaídas es inferior al desempeño del GC Sin Recaídas.
- ❖ Para proseguir con el análisis de la función ejecutiva, hay que evaluar los resultados obtenidos por la muestra en el **Wisconsin**:
- Análisis del Número de categorías completas: se refiere al número de categorías (cada secuencia de 10 emparejamientos consecutivos correctos según la categoría) que el sujeto completa con éxito durante la administración del test. En la tabla 11, en el análisis estadístico podemos observar que la media del GC Con Recaídas (3,30) es significativamente menor ($P < .01$) que la del GC Sin Recaídas (4,81). Es decir, los sujetos del GC Con Recaídas completan un menor número de categorías que los del GC Sin Recaídas. Si entramos más en detalle, en la tabla 12, se observa que el 84,8% de los sujetos del GC Con Recaídas obtienen puntuaciones clínicamente por debajo de lo normal (que sería completar las 6 categorías) frente al 46,9% de los sujetos del GC Sin Recaídas. Por lo tanto, mientras que en el GC Sin Recaídas la mayoría de los sujetos (53.1%) se concentran

en el valor 6 (la máxima puntuación), en el GC Con Recaídas los casos se reparten entre todos los valores posibles [0 – 6] con especial concentración en el 3 (30,3%), siendo esta variable (Número de Categorías Completas), la que más peso tiene a nivel clínico dentro del WISCONSIN.

- Fallos para mantener la actitud: Hace referencia a el número de veces que el sujeto ha llevado a cabo una clasificación correcta durante más de cinco ensayos seguidos, aparentando haber descubierto el principio de categorización, pero antes de llegar a los diez ensayos requeridos para completar la categoría ha cometido un error, teniendo pues que comenzar desde cero. En esta variable, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($P > .05$). Los datos indican que la mayor parte de los sujetos del GC Con Recaídas se concentra en los valores 0 (36.4%) y 1 (30.3%), mientras que el resto del grupo (33,4%) se concentra en el resto de valores. En el GC Sin Recaídas también se encuentra a una gran parte de los sujetos en el valor 0 (37.5%) aunque también hay sujetos repartidos en otras categorías de mayor valor, en especial en 1 (18.8%) y 2 (21.9%). Por lo tanto, podemos concluir que el número de fallos en mantener la actitud se distribuye de forma similar entre ambos grupos. El que los sujetos con dependencia del alcohol con/sin recaídas, especialmente los que han sufrido recaídas, no presenten una pobre ejecución en dicha variable, nos puede estar indicando que los niveles de atención no están en principio muy deteriorados, a diferencia de lo que se ha encontrado en múltiples estudios, en los que encuentran un peor rendimiento en consumidores abusivos en aquellas capacidades relacionadas con la atención, entre otras (Carballo, García, Jáuregui, y Sáez, 2009; Crego, et al., 2010; Gross, et al., 2011; Pitel, et al., 2008; Schreckenberger, et al., 2004; Parada, et al., 2012; Cortés Tomás, Espejo Tort, y Giménez Costa, 2008; García-Moreno, et al., 2008; Sanhueza, García-Moreno, y Expósito, 2011).
- Respuestas Perseverativas: hace referencia al número de tarjetas que el sujeto ordena bajo una categoría anterior correcta, a pesar del feedback

negativo del evaluador. Como se aprecia en la tabla 11, las personas del GC Sin Recaídas tienen una media menor (17,56) que los sujetos del GC Con Recaídas (23,64). Por lo tanto, los sujetos con dependencia del alcohol que ha sufrido recaídas muestran menor flexibilidad cognitiva y menor capacidad para cambiar el criterio de clasificación de tarjetas que los sujetos que no han sufrido recaídas. En la variable respuestas perseverativas (tabla 14), el test Chi cuadrado no detecta diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P > .05$) entre ambos grupos clínicos, ya que los sujetos de ambos grupos se concentran en la categoría que indica deterioro grave (el 87.9% de los casos del GC Con Recaídas y el 78.1% de los sujetos del GC Sin Recaídas). Sin embargo el porcentaje de sujetos que no han sufrido recaídas, es menor que el de los sujetos con recaídas.

- Respuestas de nivel conceptual: cuando el sujeto da 3 o más de 3 respuestas correctas consecutivas. En esta variable, la diferencia de medias entre los dos grupos resulta estadísticamente significativa ($P < .01$) siendo superior en el GC Sin Recaídas (61,44) con respecto al GC Con Recaídas (45,94). Cuando se observa el análisis de categorías, los resultados muestran que ambos grupos de sujetos se sitúan en la categoría de deterioro medio e intermedio. Ahora bien, la mayor conservación del GC Sin Recaídas implica una mayor capacidad de mantenimiento de la atención, de memoria operativa y de capacidad de razonamiento del proceso analizado, además de mayor capacidad de razonamiento abstracto.

Por lo tanto, en base a estos resultados podemos afirmar que los sujetos con dependencia del alcohol y recidivas completan menos categorías y perseveran en sus respuestas en las tareas de clasificación, lo cual viene a confirmar lo encontrado en otras investigaciones (Beatty, W.W., Katzung V.M., Nixon, S.J., Moreland, V.J., 1993; Joyce, E.M., Robbins, T.W., 1991; Ihara, H., Berrios, G. E., & London, M., 2000). Estos datos se han atribuido a una menor capacidad de generar e identificar conceptos y para aislar la información relevante para la tarea.

Este porcentaje estadística y clínicamente significativo de sujetos, presentan deficiencias en la solución de problemas y en la generación de planes y alternativas de conducta. Además, presentan poca flexibilidad cognitiva. En las investigaciones que se han llevado a cabo para estudiar la afectación de las funciones ejecutivas en sujetos alcohólicos, empleando para su evaluación el Test de Wisconsin encuentran un déficit en estos sujetos en la flexibilidad mental (Ratti y col., 2002; Corral y col., 2002). Lo que resulta novedoso en nuestra investigación, no encontrándose así en los estudios previos, es el estudio detallado de los factores específicos, los cuales nos permiten evaluar minuciosamente los procesos concretos que están deteriorados en los sujetos con dependencia del alcohol.

Esta investigación, corrobora además los resultados encontrados en otras investigaciones, que señalan una alteración en la capacidad de flexibilidad para planificar (que resultaba en una dificultad para corregir sus propios errores y reconducir la respuesta) y un déficit en la capacidad de inhibir respuestas, lo cual se relaciona con una afectación del lóbulo frontal y por lo tanto del funcionamiento ejecutivo. Más específicamente, podemos afirmar que dicha afectación es a nivel prefrontal dorsolateral, concluyendo que se demuestra un mayor deterioro en los sujetos del GC Con Recaídas en la función ejecutiva con respecto a los sujetos del GC Sin Recaídas y con respecto a la población normal. Por lo tanto, se confirma la Hipótesis formulada.

Objetivo 2: Analizar las diferencias en la capacidad intelectual general entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.

H2: Se plantean diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos en inteligencia general.

En el análisis de la capacidad intelectual general de la muestra, los resultados indican que la mayor parte de los sujetos se sitúan en la categoría central del nivel intelectual normal, no obstante se aprecia que el rendimiento medio de los sujetos del

GC Con Recaídas es inferior al rendimiento medio de los casos del GC Sin Recaídas, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en las tres variables:

- ✓ En el análisis del C.I Total (tabla 19) los sujetos del GC Con Recaídas obtienen un rendimiento inferior (90,85) con respecto al GC Sin Recaídas (102,06). Al realizar el análisis asociativo Chi-cuadrado (tabla 20), se puede observar que la mayoría de muestra del GC Con Recaídas (63,6%) se encuentra en el intervalo de C.I normal, al igual que la mayoría de la muestra del GC Sin Recaídas (75%). Sin embargo se pueden apreciar diferencias estadísticamente significativas ($P<.01$; significación alta) en el CI total debido sobre todo a la presencia de más sujetos en la categoría de inteligencia superior en el GC Sin Recaídas (21.9%) con respecto al GC Con Recaídas (6.1%). Por otro lado, si observamos las diferencias entre los dos grupos de casos que se sitúan en categorías que indican algún déficit intelectual, encontramos que: en el GC Con Recaídas, un 30,3% de los casos se sitúan por debajo de esa normalidad (10 casos, de los cuales 7 corresponderían a la categoría de RM límite y los otros 2 a la categoría de RM ligero), mientras que en el GC Sin Recaídas, tan solo el 3,1% de los casos se sitúan por debajo de la normalidad (1 caso en la categoría de RM ligero).
- ✓ En lo que respecta al CI Verbal (tabla 19), de nuevo aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos clínicos, mostrando el GC Con Recaídas un rendimiento inferior (93,67) con respecto al GC Sin Recaídas (105,66). Al realizar el análisis por categorías, observamos que en esta variable, también se concentran los casos de ambos grupos (66,7% vs 68,8%) en la categoría de inteligencia normal, observándose una diferencia similar a la anterior en la categoría del nivel intelectual superior (28.1% vs 9.1%), así como en categorías que indican algún déficit intelectual (en el GC Con Recaídas el 24,3% frente al 3% del GC Sin Recaídas) (tabla 20).
- ✓ Y por último, en el análisis del CI Manipulativo (tabla 19), el rendimiento medio de ambos grupos es estadísticamente significativo ($P<.01$), mostrando de nuevo un rendimiento inferior el GC Con Recaídas (89,36) con respecto al

GC Sin Recaídas (99,00). Sin embargo en el análisis Chi-cuadrado (tabla 20) ya no se aprecia diferencia significativa ($P > .05$), aunque hay claramente más casos en la categoría normal en el GC Sin Recaídas (81.3% vs 66.7%) y por el contrario se aprecian más casos en la categoría de RM Límite del GC Con Recaídas (27,3%) que del GC Sin Recaídas (9,4%).

En la Inteligencia General, lo que denominamos Inteligencia Cristalizada (contenidos que se mantienen a pesar del consumo de alcohol), está camuflando las diferencias significativas que se están produciendo en aquellos test que miden Inteligencia más específicamente Fluida y que tienen relación con las estructuras prefrontales. De esto, se demuestra que si de la prueba de Inteligencia General (en este caso, WAIS-III) se seleccionan los subtest más específicos de Inteligencia Fluida o que requieren demandas de estructuras frontales dorsolaterales (Escala Manipulativa), se puede considerar válida para detectar el deterioro entre un grupo y otro.

Si comparamos el valor del C.I medio de la muestra total, se puede observar que la media del C.I manipulativo tanto en el GC Con Recaídas (89,36) como en el GC Sin Recaídas (99) es inferior a la media del C.I verbal (93,67 vs 105,66). Esta diferencia, a nivel clínico indica mayor afectación de los procesos visoperceptivos y espaciales del hemisferio derecho (parietooccipital pero con requerimientos parietofrontales) en la muestra de sujetos. La investigación pone de manifiesto que las funciones intelectuales manipulativas (no verbales) se ven mucho más afectadas que las verbales como consecuencia del alcoholismo crónico, es decir, se ve más afectado el razonamiento no verbal con respecto al verbal. Estudios clásicos en este campo han puesto de manifiesto que los alcohólicos conservan mejor sus habilidades de procesamiento de información verbal, presentando sin embargo importantes dificultades visoperceptivas (Kapus y Butters, 1977), visomotoras (Glosser, Butters y Kaplan, 1977), de solución de problemas cuando existen componentes visuales (Jones y Parsons, 1972) y de memoria (Miglioli et al., 1979), lo cual se vuelve a confirmar en este estudio.

Por lo tanto, los resultados encontrados muestran la ausencia de un déficit cognoscitivo generalizado en la muestra de sujetos con dependencia del alcohol

con/sin recidivas, confirmando los datos encontrados previamente en el trabajo de grado "*Síndrome disejecutivo y personalidad en alcohólicos con recidivas en tratamiento*" y en otros estudios (Beatty *et al.*, 1995; Calvo, 2003; Ihara *et al.*, 2000; Iruarrizaga, Miguel-Tobal y Cano, 2001; Mann *et al.*, 1999; Moshely *et al.*, 2001; Parsons y Leber, 1981; Ratti *et al.*, 2002). Además, las diferencias entre ambos grupos, a favor de los sujetos que no han sufrido recaídas, nos indican que las recidivas en el alcohol influyen en el deterioro cognitivo de este tipo de sujetos, lo cual no descarta la posibilidad de que el GC Sin Recaídas tenga una posible pérdida de la capacidad intelectual general con respecto a la que pudiera tener en el momento previo al inicio del consumo perjudicial del alcohol, si bien esta premisa no es objeto de la presente investigación.

Objetivo 3: Conocer las diferencias entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en la capacidad específica de Comprensión Verbal.

El Índice de Comprensión Verbal (CV), es una medida de los conocimientos verbales adquiridos y del razonamiento verbal. Se trata de una medida más fina y pura de la comprensión verbal. Este valor está compuesto por la suma de las puntuaciones escalares de las pruebas de: Vocabulario, Semejanzas e Información.

Como se puede observar en la tabla 22, respecto al análisis estadístico de las diferencias de medias en la capacidad específica de Comprensión Verbal, existen diferencias estadísticamente significativas ($P < .01$), siendo el GC Con Recaídas el que presenta un rendimiento inferior (96,76 vs 106,41).

Los dos grupos de sujetos se sitúan en la categoría de Inteligencia normal, el 63,3% de la muestra del GC Con Recaídas y el 71,9% de los sujetos del GC Sin Recaídas. Sin embargo, a nivel clínico hay que tener en cuenta que el 18,2% de los sujetos del GC Con Recaídas se encuentran en categorías inferiores (el 15,2% en el R.M límite y el 3% en el RM ligero).

El hecho de que no se aprecie deterioro en esta capacidad, en ninguno de los dos

grupos, puede ser debido a varios factores:

- ✓ Algunos hallazgos neuropsicológicos, sugieren que los individuos con alcoholismo crónico muestran un deterioro desproporcionadamente mayor en las funciones del hemisferio derecho en comparación con las funciones del hemisferio izquierdo (Betera y Parsons, 1978; Miglioli, Butchtel, Campanini y DeRisio, 1979; Jenkins y Parsons, 1981). La evidencia de una mayor disfuncionalidad del hemisferio derecho se pone de manifiesto en que los alcohólicos crónicos muestran mayores dificultades en las tareas visoespaciales (mediadas por el hemisferio derecho) que en las verbales (mediadas por el hemisferio izquierdo) (Ellis y Oscar-Berman, 1989; Cermak, 1990; Oscar-Berman, 1990; Knight y Longmore, 1994).
- ✓ La edad: en la muestra total nos encontramos que la media de edad es de 50,66, en un rango que va de los 23 a los 60 años. Dicho rango de edad es muy amplio y los efectos neurotóxicos del alcohol producen una sensibilidad diferencial entre sujetos jóvenes y ancianos, como se demuestra en algunas investigaciones (Rourke, S.B., Grant, I., 1999; Munro, C.A., Saxton, J., Butters, M.A., 2000).

Objetivo 4: Conocer las diferencias entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en la capacidad específica de Organización Perceptiva.

El índice de Organización perceptiva (OP), es una medida de lo no verbal de la inteligencia, el razonamiento fluido, la atención a los detalles y la integración visomotora. Se trata de una medida que integra estímulos visuales, razonando de forma no verbal y aplicando destrezas visomotora y visoespaciales para resolver problemas no aprendidos en la escuela. Este índice es la suma de las puntuaciones escalares de las siguientes pruebas: Figuras incompletas, Cubos, Matrices.

Cuando hablamos de razonamiento fluido, tenemos que hacer referencia a la distinción que realiza Cattell entre inteligencia fluida y cristalizada (Horn, J., & Cattell, R.

B. 1966). La Inteligencia Fluida alude a la capacidad para adaptarse y afrontar situaciones nuevas de forma flexible sin que el aprendizaje previo constituya una fuente de ayuda determinante para su manifestación. Está constituida por la capacidad de razonar contenidos abstractos, el razonamiento lógico y la capacidad de establecer relaciones o extraer diferencias. En cuanto a la Inteligencia Cristalizada, hace referencia a aquel conjunto de capacidades, estrategias y conocimientos, que representa el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado por el sujeto a través de la historia de aprendizaje. Depende en gran medida del aprendizaje derivado de la experiencia previa del sujeto en el ámbito cultural al que pertenece. La inteligencia cristalizada está constituida, fundamentalmente, por aptitudes relativas a la comprensión verbal, el establecimiento de relaciones semánticas, la evaluación y valoración de la experiencia, el establecimiento de juicios y conclusiones, los conocimientos mecánicos, o la orientación espacial.

En el análisis estadístico (tabla 25) se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos clínicos ($P < .01$), siendo una vez más el GC Con Recaídas el que muestra un rendimiento inferior (90,39), con respecto al GC Sin Recaídas (95,34).

De nuevo, la mayoría de los sujetos de ambos grupos se encuentran en el intervalo de C.I normal, en concreto el 57,6% del GC Con Recaídas y el 75% del GC Sin Recaídas. Sin embargo a nivel clínico, se aprecian porcentajes en categorías que muestran deterioro en esta capacidad (en el GC Con Recaídas, un 36,3% de los sujetos y un 15,6% de los sujetos del GC Sin Recaídas).

De todas las capacidades que evalúa el WAIS-III, es en la que ambos grupos de sujetos obtienen rendimientos inferiores, en comparación con las otras tres. Este dato, coincide con los resultados encontrados en otros estudios (Corral-Varela, M., 2002; Moselhy, H.F. 2001; Oscar-Berman, M., 1997), en los que indican que la coordinación visomotriz se halla deteriorada en diversos niveles, así como la capacidad de manejar figuras en el espacio (rotación de figuras en el espacio).

Objetivo 5: Conocer las diferencias en la capacidad específica Memoria de Trabajo entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.

El índice de Memoria de trabajo (MT) incluye un conjunto de tareas que demandan que el sujeto atienda a la información, recuerde brevemente y procese dicha información en la memoria, para elaborar una respuesta. Esta medida proviene de la suma de: Aritmética, Dígitos, Letras y números.

El estudio estadístico de las diferencias entre los dos grupos clínicos en el Índice Memoria de Trabajo del WAIS-III, aporta los siguientes resultados: se aprecian diferencias altamente significativas entre los dos grupos de la muestra (en el GC Con Recaídas se obtiene una media inferior (92,45) a la que obtienen los sujetos del GC Sin Recaídas (107,25)).

A nivel clínico, se observa que del GC Con Recaídas, el 75,8% de los sujetos se encuentra en el intervalo de C.I normal, frente a un 24,2% que se sitúa otras categorías que indican deterioro (tabla 29). Mientras que en el GC Sin Recaídas el 46,9% de los sujetos se encuentra en el intervalo de C.I normal y lo llamativo, es que casi la otra mitad (43,8%) se sitúa en la categoría de Inteligencia superior.

Por lo tanto, los datos nos muestran que en ambos grupos de sujetos con dependencia del alcohol no se aprecia deterioro clínicamente significativo en la Memoria de Trabajo, al igual que en otros estudios (Yohman y Parsons, 1985; Eckardt et al., 1995; Nöel et al., 2001; Sullivan et al., 2002; Landa, N., Fernández Montalvo, J., Tirapu Ustarroz, J., López Goñi, J., Castillo, A. y Lorea, I., 2006), los cuales confirman este hallazgo. Pero a su vez, contrasta con lo que señalan en otras investigaciones (Ambrose et al., 2001; Sullivan, Rosenbloom y Pfefferbaum, 2000; Sullivan, Fama, Rosenbloom y Pfefferbaum, 2002), en las que se aprecia la existencia de un deterioro en la Memoria de Trabajo. Además, las evidencias indican que los alcohólicos presentan elementos de disfunción cortical predominantemente frontal, y por lo tanto tienen alteraciones de la memoria de trabajo, de la atención y de la función ejecutiva, como es de esperarse en este tipo de pacientes (Quesada, Herrera, Tamayo et al., 2007).

Resulta llamativo la escasa consistencia que encontramos en los resultados entre el déficit homogéneo y acusado de la función cognitiva, por un lado, y el rendimiento de los sujetos del GC Con Recaídas en la memoria de trabajo, por otro, ya que la memoria operativa es una capacidad de la función ejecutiva. Esta inconsistencia de resultados se puede deber a varios factores:

- ✓ La dispersión tanto neuroanatómica como neurocognitiva. Mientras que la disfunción ejecutiva se localiza a nivel prefrontal, la memoria de trabajo se sustenta en el neocórtex y, más en concreto, en la zona de transición parieto-occipito-temporal y el lóbulo frontal medio y anterior (Gómez Bosque, 1992).
- ✓ La Memoria de Trabajo es evaluada en las diferentes investigaciones por pruebas distintas. En este estudio, se evalúa de manera más general, a través del WAIS-III, y hace referencia a la habilidad numérica y proceso secuencial; el sujeto debe responder a estímulos orales que implican el manejo de números o letras en un proceso progresivo y secuencial y que requieren una atención concentrada para tener éxito. Por lo tanto, las pruebas que evalúan memoria de trabajo en estos sujetos es un factor significativo a tener en cuenta de cara a futuras investigaciones.

Objetivo 6: Conocer las diferencias en la capacidad específica Velocidad de Procesamiento entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.

El índice de Velocidad de procesamiento (VP) es una medida de la capacidad del sujeto para procesar rápidamente información visual. La comparación de este índice con el de Organización Perceptiva (OP) permite explorar los posibles efectos de las exigencias del tiempo en el razonamiento viso-espacial y la resolución de los problemas. Parece que VP es más sensible a muchos aspectos neuropsicológicos diferentes. Se deriva de la suma de: Clave de números y Búsqueda de símbolos.

Una vez más, como se puede observar en la tabla 31, los resultados indican que

existen diferencias estadísticamente significativas ($P < .01$) entre los dos grupos clínicos en la capacidad específica de Velocidad de Procesamiento, siendo el GC Con Recaídas el que presenta un rendimiento inferior (94,88) con respecto al GC Sin Recaídas (106,56), situándose ambos grupos en el intervalo de CI normal. Esta capacidad conlleva procesos corticales, pero sobre todo subcorticales (a nivel de sustancia blanca), lo que apunta a un ligero empobrecimiento de la leucosubcorticalidad (axonal y dendrítico).

Al realizar el contraste de la variable en forma categórica (tabla 32) se siguen apreciando diferencias altamente significativas ($P < .001$) en los extremos. En el intervalo de Inteligencia Superior (a favor de los sujetos del GC Sin Recaídas, con un 31,3% frente al 15,2% de los sujetos del GC Con Recaídas) y en la categoría de C.I Límite (en la que obtiene un mayor porcentaje los sujetos del GC Con Recaídas, el 24,2%, frente al 0% del GC Sin Recaídas).

El Índice de Velocidad de Proceso mide la rapidez de respuesta; el sujeto debe demostrar extrema rapidez en resolver un conjunto de problemas no verbales. El hecho de que un porcentaje elevado de la muestra total no se aprecie deterioro en esta capacidad, puede ser debido a varios factores:

- ✓ El tamaño relativamente pequeño de la muestra ($N=65$).
- ✓ Ambos grupos muestrales tienen una buena capacidad cognitiva, por lo que encontrar diferencias es mucho más difícil.
- ✓ Y, el tiempo de abstinencia, ya que en otros estudios se ha demostrado que el rendimiento de los alcohólicos después de un mes de abstinencia mejora (Knight, R.G. y Longmore, B.E., 1994). Los sujetos de la muestra estudiada presentan una media de casi 35 meses que llevan en abstinencia dentro de un rango de entre 2 meses como mínimo y 240 meses de tiempo máximo (20 años). La media del tiempo de abstinencia de los sujetos del GC Con Recaídas (27.48) es notablemente inferior a la media de los casos del GC Sin Recaídas (42.19). Por lo tanto, la elevada variabilidad de los valores observados en esta variable, es un factor que ha podido influir positivamente en la

recuperación de dicha capacidad y que hay que tener en cuenta, sobre todo de cara a futuras investigaciones.

Objetivo 7: *Analizar las diferencias entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en cuanto a la existencia de Trastornos de Personalidad y Síndromes Clínicos.*

H3: Existe una mayor desviación psicopatológica del GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas.

Como vimos en el marco teórico, un tema de interés clínico en el ámbito de las adicciones es la comorbilidad psicopatológica. En numerosas investigaciones se ha confirmado la presencia de problemas psicopatológicos y trastornos de personalidad en sujetos con dependencia del alcohol. Aunque se encuentran tasas de prevalencia variadas, los porcentajes de trastornos de personalidad en esta población son altos.

Además de los déficit cognitivos, comentados anteriormente, la comorbilidad psiquiátrica también puede intervenir en el proceso de recaída, ya que implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad a causa de un escaso cumplimiento del tratamiento (Harver, B, 2003; Burns L, Teesson M, O'Neill K, 2005), elevando de forma importante las posibilidades de recaer en el alcohol.

Para llevar a cabo el análisis del objetivo planteado, nos centramos en el test chi-cuadrado de independencia en el cruce de dos variables categóricas, ya que las pruebas de personalidad, como el MCMI-III, solo tienen validez clínica cuando hay desviaciones psicopatológicas significativas ($TB \geq 75$) y, por lo tanto, no sería relevante realizar un análisis sobre el resto de puntuaciones. Por lo tanto el análisis se centra en las tablas 44 a 47.

Los resultados indican que no se han encontrado diferencias clínicas ni estadísticamente significativas entre ambos grupos de sujetos en cuanto a los Trastornos de la Personalidad y los Síndromes Clínicos. Estos datos nos indican que el alcohol no ha producido un daño orgánico de la personalidad, estando ambos grupos clínicos dentro de la normalidad. Se da, por lo tanto, peso al valor clínico y la

estadística se pone a su servicio.

❖ Análisis de las categorías de los patrones clínicos de la personalidad:

Como se puede observar en la tabla 44, los sujetos de ambos grupos clínicos se encuentran dentro de la categoría normal en todos los patrones clínicos, presentando únicamente diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$) en el **Trastorno Histriónico**, en el cual la mayoría de los sujetos de los dos grupos se sitúan en la categoría normal pero se aprecian más casos con puntuaciones superiores a 75 en el GC Sin Recaídas (16,7%).

Un 16,6% de los sujetos del GC Sin Recaídas obtienen puntuaciones superiores a 75 en el Trastorno Narcisista, ligeramente superior al GC Con Recaídas, con un porcentaje de 13,8%.

En el Trastorno Compulsivo, de nuevo aparecen más casos con puntuaciones superiores a 75 en el GC Sin Recaídas (13,3%).

Y, por último, mencionar que en este estudio, no se aprecian puntuaciones clínicamente significativas para el Trastorno Antisocial en ninguno de los dos grupos, situándose ambos en la categoría normal (93,1% de los sujetos del GC Con Recaídas frente al 96,7% de los sujetos del GC Sin Recaídas). Estos datos contrastan con los encontrados en la literatura, ya que en concreto, se ha estudiado más ampliamente la comorbilidad del alcoholismo y el Trastorno de personalidad Antisocial. Por ejemplo, en los estudios de Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2005, 2007, por un lado y en Fernández-Montalvo y Landa, 2003, por otro, la mayor comorbilidad aparece con los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, antisocial, paranoide y dependiente.

❖ Análisis de las categorías de Patología grave de la personalidad:

Como se puede observar en la tabla 45, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($P > .05$) entre los dos grupos clínicos en ninguna de las categorías, ya que la mayoría de los sujetos se sitúan en la normalidad. En este caso, se puede destacar a nivel clínico la presencia de rasgo y/o patología en el GC

Con Recaídas en el Trastorno Esquizotípico (6,8%) y en el Trastorno Paranoide (13,8%), el único de los tres en el que se aprecia alguna puntuación superior a 75 en el GC Sin Recaídas (6,6%).

Estos datos contrastan también, con lo encontrado hasta el momento en la literatura, que nos indica que uno de los trastornos que más relación tienen con la dependencia de alcohol es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). El abuso de sustancias se considera predictor de un TLP más grave, de un incremento de pensamientos y comportamientos autodestructivos y suicidas, y de un curso clínico más desfavorable (Millon, 2001).

❖ Análisis de las categorías de los Síndromes Clínicos:

En nuestro estudio no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la categoría de los **Trastornos de ansiedad** entre los dos grupos clínicos, sin embargo el análisis clínico nos aporta un dato relevante y es que en el GC Con Recaídas, el 51,7% de la muestra presenta puntuaciones clínicamente significativas ($TB \geq 75$), presentando por lo tanto mayores porcentajes de rasgo y patología que el GC Sin Recaídas (40%). Estos datos son compatibles con los estudios que se han realizado a lo largo del tiempo que constatan la existencia de una fuerte comorbilidad entre el alcoholismo y los trastornos de ansiedad. Los pacientes alcohólicos con ansiedad comórbida experimentan una abstinencia del alcohol más severa y una mayor tendencia a la recaída (Merikangas, K.R.; Stevens, D.; Fenton, B., 1996). De hecho, la ansiedad inducida por la abstinencia del alcohol es un factor primario que contribuye a la recaída, y los ansiolíticos son una terapia adyuvante común prescrita para los alcohólicos que buscan e inician un tratamiento. También se cree que el uso de alcohol como una manera de automedicarse y aliviar la ansiedad contribuye al desarrollo de la adicción (van Rijn, R. M., Brissett, D. I., et al., 2010). De forma específica, la comorbilidad más alta de la dependencia del alcohol se da con los trastornos de ansiedad (19,4%), con los trastornos afectivos (13,4%) y con la esquizofrenia (3,8%) (Casas y Guardia, 2002). En otro estudio de Sánchez-Peña, JF, Álvarez-Cotoli, P, Rodríguez-Solano, JJ, 2012, se encontró que en la muestra estudiada los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al

alcoholismo son los trastornos de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%) y de ansiedad (18%).

En el **Trastorno Bipolar**, si encontramos significación estadística ($P < .05$) en nuestro estudio. La mayoría de los sujetos de ambos grupos se sitúan en la normalidad, pero lo que contribuye a la significación estadística es el 20,6% de los sujetos del GC Con Recaídas que obtienen puntuaciones $TB \geq 75$ (el 20,7% de rasgo y el 6,9% de trastorno). Estos datos avalan la idea de que el alcoholismo puede estar asociado específicamente no solo a los trastornos de ansiedad sino también a los trastornos afectivos. De hecho, en los trastornos bipolares la tasa de alcoholismo asociado es de un 9% (Sánchez-Peña, J.F., Álvarez-Cotoli, P., Rodríguez-Solano, J.J., 2012).

En cuanto a la Dependencia del Alcohol, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, mostrando mayor patología el GC Con Recaídas (58,6%). Esta discrepancia en los resultados, no debería existir, ya que ambos grupos han sido diagnosticados de dependencia del alcohol y en el momento del estudio se encontraban en fase de abstinencia y rehabilitación. La explicación a este dato puede deberse a que el MCMI-III no discrimina bien entre tiempo pasado y presente, por lo que las preguntas referidas al consumo de alcohol pueden ser malinterpretadas por los sujetos.

Por último, en la Dependencia de otras sustancias, todos los sujetos deberían de situarse en la categoría de normalidad, ya que uno de los requisitos de exclusión es el diagnóstico de abuso o dependencia a otras sustancias. Como en el caso anterior, me gustaría aclarar que, en muchos casos los sujetos consideran el alcohol como una droga, por lo que les lleva a malinterpretar dichas preguntas. Para aclarar este aspecto, se hace una entrevista posterior para descartar el consumo de otras sustancias, a pesar de que a la hora de seleccionar a la muestra se comprueba este criterio bajo la supervisión del profesional de la red de salud mental correspondiente, basándose en informes clínicos. Por otro lado, alguno de los sujetos ha podido consumir de forma puntual otra sustancia diferente al alcohol en el pasado, lo cual le lleva a contestar afirmativamente dichas preguntas.

❖ Análisis de los Síndromes clínicos graves:

En el **Trastorno del pensamiento**, se observan diferencias estadísticamente significativas ($P < .05$) entre los dos grupos clínicos. Los resultados indican que en el GC Con Recaídas el 27,5% de los sujetos obtiene puntuaciones TB superiores a 75.

Sin embargo, en la categoría de Depresión Mayor, no se aprecian diferencias significativas en el análisis asociativo Chi-cuadrado.

Y, por último, en el Trastorno Delirante, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, en el análisis clínico se aprecia que el 10% de los sujetos del GC Sin Recaídas presentan puntuaciones superiores a 75.

Los resultados del estudio, nos indican que en la mayoría de los sujetos con dependencia del alcohol con/sin recaídas no se aprecian Trastornos de Personalidad ni Síndromes Clínicos y en este sentido, el consumo de alcohol en ambos GC no ha provocado una desviación psicopatológica que pudiera ser atribuida al consumo de alcohol, y, en consecuencia, tampoco existe un Trastorno Orgánico de la personalidad que pudiese haber sido atribuible al consumo. Es posible que tal hecho no se haya producido por diferentes factores:

- ✓ El amplio rango de edad de los sujetos que componen la muestra
- ✓ El tamaño reducido de la muestra
- ✓ El enfoque categorial dado a los trastornos de la personalidad que nos puede ocultar en determinadas ocasiones la significación que se aprecia en los valores promedio y
- ✓ Las diferentes pruebas empleadas en los estudios para evaluar personalidad patológica.

Pero por otro lado, se debe tener en cuenta de manera especial el valor de la muestra del estudio, por los criterios tan exigentes de inclusión que la hace mucho más específica que la que se encuentra en los estudios de comorbilidad sobre el tema.

Objetivo 8: Comparar la relación existente entre los rasgos de personalidad y el deterioro de la función ejecutiva entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas.

H4: Se plantea la existencia de una asociación estadística y clínica significativa positiva entre los rasgos de personalidad y el deterioro en la función ejecutiva en los sujetos del GC Con Recaídas con respecto a los del GC Sin Recaídas.

Para realizar el análisis estadístico y clínico adecuado de este objetivo, se tienen en cuenta las puntuaciones significativas que obtienen los sujetos de la muestra estudiada en el MCMI-III (puntuaciones $TB \geq 75$). Teniendo en cuenta este criterio, se observa en la mayoría de la muestra valores que reflejan la normalidad, como hemos visto anteriormente. Los resultados indican que las variables del MCMI-III en las que aparece patología con un número suficiente de casos para realizar el análisis estadístico son:

- ✓ Trastornos de Ansiedad
- ✓ Dependencia del Alcohol (todos los sujetos de la muestra están diagnosticados de dependencia del alcohol, por lo tanto las diferencias que se aprecian entre los dos grupos en el MCMI-III en este síndrome clínico (en el GC Con Recaídas se aprecia un porcentaje del 86,2%; mientras que en el GC Sin Recaídas tan solo obtienen puntuaciones significativas el 26,7%), se deben en parte a que muchas de las preguntas se hacen en tiempo pasado y los sujetos al haber llevado a cabo dicha conducta, la puntúan como verdadera aunque actualmente no la estén llevando a cabo.
- ✓ Dependencia de otras sustancias (en este caso, aunque las puntuaciones son significativas, como se comentó anteriormente, se comprueba que no existe un diagnóstico en la historia clínica de los sujetos de dependencia a otras sustancias y cuando contestan a las preguntas de esta categoría incluyen el alcohol como “sustancia” que han consumido en el pasado).

Por lo tanto, solo se va a realizar el análisis clínico de la categoría Trastornos de

Ansiedad, por ser la única con puntuaciones TB clínicamente significativas en ambos grupos clínicos.

Para poder probar esta hipótesis se realizan correlaciones de las variables del test MCMI-III con las del BADS y el WISCONSIN. Las tablas 49 y 50 muestran los resultados obtenidos de los coeficientes de correlación y sus puntuaciones significativas entre las variables MCMI-III y BADS y WISCONSIN. Los resultados muestran varios coeficientes que indican potencialmente la existencia de correlación, así como otros dos que alcanzan significación ($P < .05$).

En el análisis detallado de las correlaciones entre las variables del MCMI-III y las puntuaciones obtenidas en cada uno de los test que evalúan función ejecutiva, encontramos los siguientes resultados interpretados desde el **enfoque clínico** y siempre teniendo en cuenta las relaciones inversas entre las variables:

❖ Coeficientes de correlación entre variables MCMI-III y BADS: (Tabla 49)

➤ En el GC Con Recaídas:

- Para la subprueba del Bads, *Programación de una acción*, el predictor que muestra una significación clínica es: El síndrome clínico Trastornos de Ansiedad (51,7%), que muestra una relación inversa ($r = -0.195$), lo cual significa que a mayores puntuaciones ($TB \geq 75$) obtenidas en el MCMI-III, menores puntuaciones obtenidas en el rendimiento de este subtest del BADS (más dificultades en memoria operativa, en planificación y control y en solución de problemas).
- Para el subtest *Búsqueda de llaves*, es también el síndrome clínico Trastornos de Ansiedad el que muestra otra relación inversa ($r = -0.141$), lo cual significa que a mayores puntuaciones ($TB \geq 75$) obtenidas en el MCMI-III, menores puntuaciones obtenidas en el desempeño de dicha prueba del BADS (problemas en la percepción visual, la representación espacial y la planificación de una acción).

➤ En el GC Sin Recaídas:

- Para la variable del Bads, *Estimación del tiempo*, el predictor que muestra una significación clínica es: El síndrome clínico Trastornos de Ansiedad, el cual muestra también una relación inversa ($r = -0.006$), lo cual significa que a mayores puntuaciones ($TB \geq 75$) obtenidas en el MCMI-III, menores puntuaciones obtenidas en el rendimiento de este subtest del BADS (dificultades en la representación mental de conceptos espacio-temporales y en razonamiento inductivo-deductivo).

❖ Valoración de las correlaciones entre las variables del MCMI-III y el WISCONSIN (Tabla 50):

➤ En el GC Con Recaídas:

- Para la variable del Wisconsin, *Fallos para mantener la Actitud*, el predictor que muestra una significación clínica es: El Síndrome Clínico Trastornos de Ansiedad, que muestra una relación inversa ($r = -0.099$), lo cual significa que a mayores puntuaciones significativas ($TB \geq 75$) en la variable Trastornos de ansiedad, los sujetos cometen más fallos para mantener la actitud, por lo tanto menores puntuaciones en el Wisconsin (más dificultades de atención y memoria operativa).
- En la variable, porcentaje de *Respuestas Perseverativas*, de nuevo el predictor que muestra una ligera significación clínica es el síndrome clínico Trastornos de Ansiedad, que muestra una relación inversa ($r = -0.112$), lo cual significa que a mayores puntuaciones significativas ($TB \geq 75$) en la variable Trastornos de Ansiedad, los sujetos cometen mayor número de perseveraciones, por lo tanto menores puntuaciones en el Wisconsin (menor flexibilidad cognitiva).

➤ En el GC Sin Recaídas:

- Para la variable del Wisconsin, *Número de Categorías Completas*, el predictor que muestra una significación clínica es: El Síndrome Clínico Trastornos de Ansiedad, que muestra una relación inversa ($r = -0.107$), lo cual significa que a mayores puntuaciones significativas ($TB \geq 75$) en la variable Trastornos de Ansiedad, los sujetos completan menor número de categorías, por lo tanto menores puntuaciones en el Wisconsin.
- Al igual que en el GC Con Recaídas, para la variable del Wisconsin, *Fallos para mantener la Actitud*, el predictor que muestra una significación clínica es: El Síndrome Clínico Trastornos de Ansiedad, que muestra una relación inversa ($r = -0.099$), lo cual significa que a mayores puntuaciones significativas ($TB \geq 75$) obtenidas en el MCMI-III, los sujetos cometen más Fallos para mantener la Actitud, por lo tanto menores puntuaciones en el Wisconsin (problemas en el mantenimiento del principio de clasificación correcto adoptado ante la presencia de la interferencia que representan estímulos ambiguos).
- Y por último, para la variable, *Respuestas de nivel Conceptual*, el predictor que ha resultado de interés clínico es: Trastornos de Ansiedad, apareciendo de nuevo una relación inversa ($r = -0,145$), lo cual significa que a mayores puntuaciones ($TB \geq 75$) en el MCMI-III, menor número de respuestas de nivel conceptual (mayor deterioro en la función ejecutiva).

Podemos concluir que el Síndrome Clínico Trastornos de Ansiedad, está asociado en ambos grupos a un peor rendimiento y aunque no es objeto de la presente investigación, no es descartable que dichos procesos interfieran también en la población normal (conclusión posible).

Objetivo 9: Analizar la relación entre la percepción de riesgo de los sujetos del GC Sin Recaídas a sufrir futuras recaídas con el deterioro de la función ejecutiva y el C.I.

H5: Se plantea que a menor puntuación en la percepción de riesgo de los sujetos a sufrir una recaída, menor puntuación en el funcionamiento ejecutivo y menor puntuación en a Inteligencia General.

Un aspecto de especial relevancia en el estudio de la prevención de recaídas, es sin duda las habilidades de afrontamiento que tienen los sujetos ante situaciones de riesgo. De hecho, gran parte de los programas de intervención basados en los modelos de prevención de recaídas están dirigidos al entrenamiento en dichas habilidades. No obstante se presta menos atención a la percepción que los sujetos tienen del riesgo de sufrir recaídas ante determinadas situaciones. Y es que tanto el desarrollo de esas estrategias de afrontamiento como la mayor o menor percepción de riesgo va a depender del deterioro cognitivo que el alcohol haya producido en los sujetos.

De manera global, la percepción de riesgo de los sujetos del GC Sin Recaídas es baja (la media en puntuación total es de 14,59, siendo 75 la puntuación máxima). Por lo tanto, la mayoría de los sujetos del GC Sin Recaídas, actualmente consideran pocas o ninguna situación como potencialmente peligrosas para sufrir una recaída en el alcohol (Tabla 51).

Por otra parte, los resultados muestran que no se aprecian correlaciones que alcancen significación estadística ($P > .05$) en todas las pruebas (BADS, WISCONSIN y WAIS-III), debido probablemente al tamaño de la muestra, pero sí encontramos indicios de significación clínica, que se comentan a continuación:

❖ Relación con las variables del BADS: Entre los coeficientes de correlación, no aparece ninguno que alcance significación estadística ($P > .05$), pero a nivel clínico se aprecian las siguientes asociaciones:

- En la *Puntuación Total estandarizada corregida por la edad* ($r=0,019$): a menores puntuaciones en el RPI (menor conciencia de riesgo), menor

puntuación total en el BADS (mayor deterioro cognitivo). La puntuación media que obtienen los sujetos del GC Sin Recaídas (85,69) indica rendimientos por debajo de la media en la prueba de evaluación de la función ejecutiva, confirmando, por lo tanto, clínicamente dicha asociación.

- En la prueba *Búsqueda de llaves* ($r=0,179$): a menores puntuaciones en el RPI (menor conciencia de riesgo), menores puntuaciones en este subtest del BADS (problemas en la percepción visual, en la representación espacial y la planificación y solución de problemas). Las puntuaciones que obtienen los sujetos de la muestra en este subtest son normales-bajas, lo cual ya nos indica un ligero deterioro con respecto al grupo normal.

❖ Relación con las variables del WISCONSIN:

- En la variable *Fallos para mantener la actitud* ($r= - 0,319$; $P<.05$): lo que nos indica que a menores puntuaciones en el RPI (menor conciencia del riesgo a sufrir una recaída), mayor número de fallos en el Wisconsin (mayor deterioro cognitivo).
- Y en la variable, *Perseveraciones* ($r= - 0,197$): No se aprecia una correlación estadísticamente significativa pero a nivel clínico podemos interpretar dicha asociación de la siguiente manera: A menores puntuaciones en el RPI (menor conciencia de riesgo), mayor número de perseveraciones en la ejecución de la prueba (mayor deterioro en la flexibilidad cognitiva).

❖ Relación con la capacidad intelectual medida por el WAIS-III (C.I):

En este caso no se aprecia ninguna correlación, ni ningún contraste que se pueda considerar como estadísticamente significativo ($P>.05$). Por lo tanto, las puntuaciones en el RPI parecen ser independientes del rendimiento en la ejecución del WAIS-III. Tampoco podemos hacer ninguna apreciación a nivel clínico, ya que los sujetos del GC Sin Recaídas se sitúan en la categoría de niveles medios-altos de CI y además tienen un nivel medio cultural alto (más años de escolarización). No obstante, estos datos contrastan con las puntuaciones que obtienen en el RPI, ya

que a mayor nivel cultural, mayor apreciación de situaciones potencialmente peligrosas para una recaída (mayor conciencia de riesgo).

Objetivo 10: Analizar en qué medida el nivel de conciencia de enfermedad del GC Sin Recaídas, está asociado al deterioro en la función ejecutiva, al deterioro en la Inteligencia General y al despistaje psicopatológico de la personalidad.

H6: Se espera que los sujetos que tienen menor conciencia de sus problemas a nivel de función ejecutiva presenten menor puntuación en Inteligencia General, menor puntuación en pruebas específicas que evalúan función ejecutiva (prefrontal) y mayor número de puntuaciones significativas en personalidad.

En el análisis estadístico del nivel de conciencia de enfermedad (problemas relacionados con el síndrome disejecutivo (DEX)), los resultados indican que el 65,6% de los sujetos del GC Sin Recaídas presentan baja conciencia de enfermedad. Y el resto de la muestra (31,3%) presenta un grado medio de conciencia sobre su problemática. El porcentaje de sujetos que no tiene conciencia de tener problemas en su funcionamiento ejecutivo, se aproxima a los rendimientos efectivos de las pruebas específicas que empleábamos para evaluar función ejecutiva (tabla 9 y 12), en las cuales apreciamos que más de la mitad de los sujetos del GC Sin Recaídas obtiene rendimientos normales, por encima de la media o ligeramente por debajo de la media (límite), lo cual nos lleva a interpretar que existe un ajuste de coincidencia del problema ejecutivo que se ajusta a los resultados de las pruebas. Este ajuste entre la percepción subjetiva de disfunción ejecutiva y los resultados de las pruebas específicas (BADS Y WISCONSIN), puede ser debido a que este grupo de sujetos que conforma la muestra del GC Sin Recaídas tiene una capacidad intelectual dentro de la normalidad (C.I. Total: 102.06), lo cual les permite tener una percepción adecuada de su estado cognitivo general.

No obstante, en el análisis clínico y estadístico de los resultados se han encontrado las siguientes asociaciones:

- ❖ Relación con las variables del BADS:
 - ✓ En la puntuación total estandarizada corregida por la edad, no se observan diferencias estadísticas ni clínicamente significativas.
 - ✓ En el análisis detallado del BADS, se aprecia significación clínica en la prueba *Estimación del tiempo* ($r= 0,048$). La correlación directa indica que a menores puntuaciones en el DEX (menor conciencia de enfermedad), menores puntuaciones en este subtest del Bads (mayor deterioro cognitivo). De hecho, los sujetos que presentan mayor conciencia de enfermedad, obtienen puntuaciones ligeramente más altas en esta prueba.

- ❖ Relación con las variables del WISCONSIN: en esta prueba no se aprecian correlaciones significativas con la conciencia de enfermedad. Sin embargo en el análisis clínico se observan asociaciones entre las variables *Fallos para mantener la actitud* ($r=0,087$) y *Respuestas Perseverativas* ($r=0,058$) y la conciencia de enfermedad, por lo que a menores puntuaciones en el DEX (menor conciencia de enfermedad), mayor número de Respuestas Perseverativas y más Fallos para mantener la actitud (por lo tanto, mayor deterioro clínico en la función ejecutiva evaluada por la prueba específica WISCONSIN).

- ❖ Relación con las variables del WAIS-III: A pesar de que los rendimientos que obtienen los sujetos de la muestra en el WAIS-III son normales, si se aprecian correlaciones que estadística y clínicamente son significativas:
 - En el *Índice de Inteligencia General*, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.
 - En el *Índice Organización Perceptiva* ($r= 0,339$; $P<.05$), la relación indica que los sujetos con menor conciencia de enfermedad (puntuaciones inferiores en el DEX), obtienen puntuaciones inferiores en el índice Organización Perceptiva del WAIS-III, con respecto a los que presentan mayor conciencia de enfermedad.

- En el *CI Manipulativo* ($r= 0,280$; $P<.100$), no se aprecia una relación estadísticamente significativa pero si podemos hablar de una casi significación. Y a nivel clínico, se aprecia una tendencia en la que los sujetos del grupo sin recaídas con menor conciencia de enfermedad, presentan menores rendimientos en las pruebas manipulativas.
- ❖ Relación con las variables del MCMI-III: en este apartado tenemos que tener en cuenta que en el GC Sin Recaídas no se aprecia una personalidad patológica (Patrones clínicos de personalidad, Patología grave de personalidad, Síndromes Clínicos y Síndromes Clínicos Graves), sino más bien se observan puntuaciones normales de personalidad. No obstante, por entrar en detalle se pueden apreciar unos factores significativos en los siguientes aspectos, destacando rasgos de personalidad normal.
- ✓ Patrones clínicos de personalidad:
- Para los sujetos del GC Sin Recaídas que se sitúan en el grupo de menor conciencia de enfermedad, el predictor que muestra una ligera significación clínica es el Patrón *Histriónico* ($r= -0,207$), lo cual significa que el grupo con menor conciencia de enfermedad obtiene puntuaciones superiores (en este caso, 56,70, dentro de la normalidad) que el grupo con mayor conciencia de su problemática.
 - Otro predictor que correlaciona de forma estadísticamente significativa con la menor conciencia de enfermedad es el patrón clínico *Narcisista* ($r= -0,391$; $P<.05$), lo cual significa que a menor puntuación en el DEX (menor conciencia de los problemas ocasionados por el deterioro cognitivo), mayores puntuaciones obtenidas en el MCMI-III.
 - Y, por último, otro predictor con un coeficiente de correlación altamente significativo ($r= -0,498$; $P<.01$) es el *Compulsivo*, lo cual significa que a menores puntuaciones en el DEX (menor conciencia de enfermedad), mayores puntuaciones obtenidas en el MCMI-III.

- ✓ En el resto de variables del MCMI-III, no se encuentran predictores clínicamente significativos que muestren correlación con la conciencia de enfermedad.

Por lo tanto, podemos concluir que estos perfiles de personalidad que obtienen puntuaciones significativas, no generan una interferencia significativa en el medio en el que se desenvuelve el sujeto, ni tienden a repercutir en el malestar subjetivo.

Objetivo 11: Comparar a los sujetos del GC Sin Recaídas que presentan mayor deterioro en el funcionamiento ejecutivo, con los sujetos del GC Con Recaídas en las variables de Inteligencia General, función ejecutiva y despistaje psicopatológico de la personalidad.

Un factor de gran relevancia en este estudio es la comparación entre los sujetos que nunca han sufrido una recaída a lo largo de su enfermedad y presentan un deterioro clínico significativo con los sujetos que sí presentan recidivas, con el fin de identificar los factores que tienen en común y que se pueden considerar predictivos de futuras recidivas.

Para encontrar las coincidencias entre el GC Sin Recaídas con mayor deterioro en la función ejecutiva y el GC Con Recaídas, el punto de referencia es siempre clínico, basándonos en el análisis de las siguientes pruebas:

❖ Variables del BADS:

- ✓ A nivel general, el desempeño de los sujetos en el BADS (tabla 64) muestra que de nuevo no existen diferencias clínicamente significativas entre ambos grupos, obteniendo la mayoría de los sujetos desempeños inferiores a la media.
- ✓ A nivel específico, en el análisis de cada uno de los subtest que componen la prueba (tabla 63) se observa que:

- Ambos grupos de sujetos obtienen rendimientos normales en las subpruebas: *Cartas con cambio de normas* y *Programación de una acción*.
- En la prueba específica de *Búsqueda de llaves*: al realizar el análisis clínico se aprecia que los dos grupos obtienen un rendimiento por debajo de la media, es decir, el rendimiento de los dos grupos es muy bajo, encontrando mayor deterioro en el GC Con Recaídas (1.00 vs 1.84). En el análisis estadístico, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, lo cual nos llevaría a concluir que el rendimiento de los sujetos en esta prueba es diferente. Lo cual es coherente, ya que el GC Con Recaídas está más deteriorado, por lo tanto esta prueba muestra una caída mayor en los sujetos el GC Con Recaídas, mostrando diferencias dentro del aspecto clínico. Por lo tanto, el subtest *Búsqueda de llaves* es un predictor más específico y fiable de deterioro.
- *Estimación del tiempo*: los sujetos del GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva, presentan un deterioro clínicamente significativo en la ejecución de este subtest (1,36 vs 1,63), mostrando ambos rendimientos bajos. Sin embargo, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.
- En el subtest *mapa del zoo*: en esta prueba de nuevo no se aprecian diferencias clínicamente significativas, ya que tanto los sujetos del GC Con Recaídas como los del GC Sin Recaídas obtienen rendimientos muy bajos en el desempeño de la prueba (1,00 vs 0,79); no apareciendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
- Por último, en los *Seis elementos modificados*: en esta ocasión el GC Con Recaídas obtiene rendimientos más bajos (1,82) que el GC Sin Recaídas y con mayor deterioro en el funcionamiento ejecutivo, que obtiene valores normales-bajos (2,26). Clínicamente se aprecia de nuevo que los sujetos del GC Con Recaídas muestran una mayor caída en la puntuación de este test, lo cual nos indica que las recaídas en el alcohol empeoran el rendimiento de los sujetos en pruebas específicas de función ejecutiva. A

nivel estadístico, se siguen sin apreciar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

❖ Variables del WISCONSIN:

- ✓ *Número de categorías completas* (tabla 66): en el análisis clínico, se aprecia que a los sujetos de ambos grupos les cuesta completar la última categoría, obteniendo peores resultados el GC Con Recaídas (15,2% de los sujetos del GC Con Recaídas que consiguen completar todas las categorías frente al 52,6% del GC Sin Recaídas con mayor deterioro). Al realizar el análisis estadístico nos encontramos con diferencias significativas en esta variable, por lo que podemos concluir que ambos grupos se diferencian en el número de categorías que completan de la prueba. Por lo tanto, resulta ser otro predictor clínicamente significativo de riesgo a sufrir una posible recaída, ya que el GC Con Recaídas está más deteriorado, y por lo tanto muestra mayores dificultades en el razonamiento abstracto, la formación de nuevos conceptos y la flexibilidad cognitiva con respecto a los sujetos del GC Sin Recaídas con mayor deterioro en la función ejecutiva.
- ✓ *Fallos para mantener la actitud:* en esta variable no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, como ya se vio en un principio entre los dos grupos generales, es decir, ambos grupos comenten pocos fallos, lo que apunta a que los niveles de atención no estén muy deteriorados en dicha muestra. (Tabla 67)
- ✓ *Perseveraciones* (tabla 68): El número de perseveraciones en ambos grupos es elevado, por lo que se clasificarían como deterioro clínico grave, lo cual muestra una menor flexibilidad cognitiva en los dos grupos de sujetos. Confirmando por su parte el análisis estadístico que no existen diferencias significativas en esta variable, por lo que ambos grupos obtienen rendimientos similares.

❖ Variables del WAIS-III (tabla 70): como ya hemos visto anteriormente, la gran parte de los casos se sitúan dentro del nivel intelectual de la normalidad (la media en C.I. Total del GC Con Recaídas es de 90,85 frente al 99,26 del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en la función ejecutiva). Sin embargo dentro de esa normalidad se aprecia una caída clínicamente significativa en el C.I del GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas y con mayor deterioro en el funcionamiento ejecutivo. En el análisis estadístico, se encuentran diferencias significativas en todas las variables del WAIS-III, excepto en una de ellas, que es:

- ✓ *Organización perceptiva*: Los rendimientos de ambos grupos de sujetos en las pruebas que componen dicho índice son clínicamente inferiores, con respecto al resto de pruebas del WAIS-III. Lo cual nos indica que en este Índice se aprecia una caída clínicamente significativa con respecto al resto de índices del WAIS-III, en los que las habilidades cognitivas parecen estar mejor conservadas. Por lo tanto, un factor predictivo a tener en cuenta en la evaluación neuropsicológica será el razonamiento abstracto y las destrezas visomotoras y visoespaciales para la resolución de problemas. Además, es el único índice del WAIS-III, en el que sólidamente se puede afirmar que las diferencias entre los dos grupos no alcanzan significación estadística ($P > .05$).

❖ Variables del MCMI-III:

- ✓ En términos generales nos encontramos con una personalidad sana tanto en los sujetos del GC Con Recaídas como en los sujetos del GC Sin Recaídas, en el sentido de que no hay grupos clínicos con puntuaciones $TB \geq 85$, indicativas de desviación psicopatológica.
- ✓ Partiendo de esta normalidad entramos en el análisis detallado del MCMI-III, encontrando un Rasgo de Ansiedad que ya se había visto en ambos grupos clínicos, y como habíamos comentado anteriormente, no es algo específico de estos grupos clínicos, sino que puede aparecer en la población general. Damos, por lo tanto, más peso al valor clínico, siendo el valor estadístico un elemento complementario que reforzaría al clínico. Basándonos en dicho

análisis, podemos afirmar que no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas con mayor deterioro en la función ejecutiva, obteniendo ambos puntuaciones clínicas significativas ($TB \geq 75$). En el GC Con Recaídas, el 51,7% de los sujetos obtienen puntuaciones superiores a 75 ($TB > 75$), apareciendo un porcentaje muy similar (50%) en los sujetos del GC Sin Recaídas y mayor deterioro en el funcionamiento ejecutivo.



7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN PRIMERA:

Se confirma la primera hipótesis que plantea la existencia de mayor deterioro en la función ejecutiva en el GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas.

Los aspectos cognitivos más deteriorados en el GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas son:

- Déficit en atención sostenida.
- Alteración visoespacial.
- Mayores dificultades en la planificación, organización y supervisión de su propia conducta.
- Menor flexibilidad cognitiva.

Este deterioro específico clínico que aparece en la función ejecutiva no se observa en el estudio de la Inteligencia General.

CONCLUSIÓN SEGUNDA:

Se acepta la segunda hipótesis relativa a la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en Inteligencia General.

El rendimiento de ambos grupos de sujetos se sitúa dentro de la normalidad, confirmando que el deterioro es más específico de función ejecutiva que de Inteligencia General. No obstante el rendimiento de los sujetos del GC Con Recaídas es significativamente inferior al de los sujetos del GC Sin Recaídas, apuntando estas diferencias al papel de las recaídas en el deterioro cognitivo progresivo.

Las diferencias estadísticamente significativas que se aprecian entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en el WAIS-III, aunque ambos grupos tienen

puntuaciones dentro de la normalidad, toman valor clínico y también estadístico cuando se han aplicado pruebas específicas de funcionamiento ejecutivo, las cuales muestran sensibilidad para medir déficits específicos de función ejecutiva.

CONCLUSIÓN TERCERA:

En la capacidad específica de *Comprensión Verbal* del WAIS-III, existen diferencias estadísticamente significativas entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas, mostrando un rendimiento inferior el GC Con Recaídas, a pesar de que los dos grupos se sitúan en la categoría de Inteligencia Normal.

CONCLUSIÓN CUARTA:

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en la capacidad específica de *Organización Perceptiva* del WAIS-III, situándose ambos en la normalidad pero a su vez, mostrando niveles inferiores al resto de las capacidades de la prueba.

CONCLUSIÓN QUINTA:

En la capacidad específica de *Memoria de Trabajo* se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas, mostrando un rendimiento inferior el GC Con Recaídas con respecto al GC Sin Recaídas. En esta capacidad no se aprecia deterioro clínicamente significativo en ninguno de los dos grupos.

CONCLUSIÓN SEXTA:

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la capacidad específica de *Velocidad de Procesamiento* entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas,

apreciándose peores rendimientos en el GC Con Recaídas frente al GC Sin Recaídas.

CONCLUSIÓN SÉPTIMA:

No se puede aceptar la hipótesis número 3, por lo tanto, podemos afirmar que no existen diferencias clínicas ni estadísticamente significativas entre el GC Con Recaídas y el GC Sin Recaídas en cuanto a los Trastornos de Personalidad y los Síndromes Clínicos, situándose en un rango clínico que podemos entender dentro de la normalidad.

CONCLUSIÓN OCTAVA:

No se encuentra asociación entre rasgos patológicos de personalidad y deterioro cognitivo prefrontal, encontrando únicamente un rasgo ansioso como valor clínico significativo, que, como ya hemos comentado a lo largo de la investigación, no sería significativo de ambos grupos sino una característica de la población general.

CONCLUSIÓN NOVENA:

Existe una baja percepción de riesgo por parte de los sujetos del GC Sin Recaídas a sufrir una futura recaída.

Se confirma que la baja percepción de riesgo de situaciones como potencialmente peligrosas para sufrir una recaída se relaciona con el deterioro específico en la función ejecutiva pero no se puede confirmar a nivel de Inteligencia General.

CONCLUSIÓN DÉCIMA:

Un porcentaje significativo de sujetos del GC Sin Recaídas presentan poca conciencia de enfermedad (Cuestionario DEX), en cuanto a los problemas de la función ejecutiva.

La baja conciencia de enfermedad (65,6%) es coherente con los buenos rendimientos o los rendimientos normales que encontramos en los resultados de las pruebas que evalúan función ejecutiva, aplicadas a los sujetos del GC Sin Recaídas. Esto probablemente sea debido a que los sujetos del GC Sin Recaídas muestran unos valores de C.I alto, lo cual permite niveles altos de integración de las diferentes áreas cognitivas del cerebro.

CONCLUSIÓN DECIMOPRIMERA:

Los sujetos del GC Sin Recaídas que presentan mayor deterioro en función ejecutiva, coinciden clínicamente con el GC Con Recaídas en los siguientes rendimientos:

- De manera general, los sujetos del GC Sin Recaídas con mayor deterioro en la función ejecutiva y los sujetos del GC Con Recaídas, presentan un rendimiento bajo en el desempeño de las pruebas específicas que evalúan funcionamiento prefrontal.
- De manera más específica, se encuentran coincidencias en los siguientes rendimientos clínicos:
 - ✓ Dificultades en la percepción visual, la representación espacial y la planificación y resolución de problemas; siendo uno de los rendimientos más específicos como predictor de sufrir una posible recaída.
 - ✓ Dificultades en la representación mental de conceptos espaciotemporales.
 - ✓ Dificultades en memoria operativa y planificación y control de una acción.
 - ✓ Menor flexibilidad cognitiva.
 - ✓ Problemas en el razonamiento fluido, la atención a los detalles y la integración viso-motora.

- ✓ Ambos grupos presentan una personalidad clínicamente sana, con valores dentro de la normalidad.

CONCLUSIÓN DECIMOSEGUNDA:

Aquí quiero destacar la importancia de varios aspectos:

Por un lado, la utilidad y necesidad de realizar una evaluación neuropsicológica en los pacientes con dependencia del alcohol para una mejor elección y adaptación del tratamiento. Ya que dicha evaluación puede constituir un factor pronóstico importante y muy significativo en la prevención de futuras recaídas.

Y además, la relevancia de poder detectar predictores concretos que pudieran ser valores clínicos para percibir el riesgo de posibles recaídas en el alcohol, como se ha demostrado en esta investigación (objetivo 11). Parece ser, que existen predictores clínicos en el funcionamiento cognitivo de los consumidores de alcohol que permiten predecir la probabilidad de recaída y que deberían ser evaluados para ser tenidos en cuenta como factores de riesgo y en consecuencia ser objeto de una atención clínica más específica, especializada e individualizada.

CONCLUSIÓN DECIMOTERCERA:

Existen varios aspectos a tener en cuenta de cara a futuras investigaciones sobre el tema:

- El tamaño de la muestra: Poder reunir muestras más grandes.
- La importancia del análisis clínico en las futuras investigaciones.
- El control riguroso de las variables sociodemográficas y propias de la enfermedad que pueden interferir en los resultados.

- Necesidad de crear un consenso de expertos que determinasen de manera específica el concepto de “recaída”, en cuanto a la temporalidad de la abstinencia, cosa que en este momento no existe.
- Y, un último aspecto, basado en todo lo anterior, sería la optimización de los tratamientos.



8.~ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R., & Victor, M. (1981). Asthenia. *Principles of neurology* (pp. 341-345) McGraw-Hill New York.
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol*, 24(1), 17-22.
- Agut, M. M., & Agut, J. M. (2005). Rasgos diferenciales del temperamento y el carácter en un grupo de alcohólicos vs población general. *Adicciones: Revista De Sociodrogalcohol*, 17(4), 325-335.
- Ahveninen, J., Jääskeläinen, I. P., Pekkonen, E., Hallberg, A., Hietanen, M., Näätänen, R.,... Sillanaukee, P. (2000). Increased distractibility by Task-Irrelevant sound changes in abstinent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(12), 1850-1854.
- Akine, Y., Kato, M., Muramatsu, T., Umeda, S., Mimura, M., Asai, Y.,... Kashima, H. (2007). Altered brain activation by a false recognition task in young abstinent patients with alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(9), 1589-1597.
- Alamo, C., López, F., & Cuenca, E. (2000). Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. *Adicciones*, 12(4), 527-539.
- Allen, D., Huegel, S., Seaton, B., Goldstein, G., Gurklis, J., & Van Kammen, D. (1998). Confirmatory factor analysis of the WAIS-R in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 34(1), 87-94.
- Alexander-Kaufman, K., James, G., Sheedy, D., Harper, C., & Matsumoto, I. (2006). Differential protein expression in the prefrontal white matter of human alcoholics: A proteomics study. *Molecular Psychiatry*, 11(1), 56-65.

- Alexander-Kaufman, K., Cordwell, S., Harper, C., & Matsumoto, I. (2007). A proteome analysis of the dorsolateral prefrontal cortex in human alcoholic patients. *PROTEOMICS-Clinical Applications*, 1(1), 62-72.
- Alonso Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*.
- Altisent, R., Pico, M., Delgado, M., Mosquera, J., Auba, J., & Córdoba, R. (1997). Protocolo de alcohol en atención primaria. *Fmc*, 3, 5-31.
- Ambrose, M. L., Bowden, S. C., & Whelan, G. (2001). Working memory impairments in Alcohol-Dependent participants without clinical amnesia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(2), 185-191.
- Amlacher, H., & Wolfram, H. (1989). The course of restitution of learning and concentrating ability in chronic alcoholics in the 1st year of abstinence. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 41(9), 521-530.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. *London: Institute of Alcohol Studies*, 2, 73-75.
- Anguiano Serrano, S. A., Vega Valero, C. Z., Nava Quiroz, C., & Soria Trujano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liberabit*, 16(1), 17-26.
- Anton, R. F. (1999). What is craving. *Alcohol Research and Health*, 23(3), 165-173.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C.,... Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 25(2), 118-127.
- Arnsten, A. F. (2009). Stress signaling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410-422.

- Ávila, J., Pérez, A., & Rodríguez, M. (1996). Análisis descriptivo de una muestra de mujeres alcohólicas atendidas durante un periodo de 10 años. *Adicciones*, 8(4), 429-440.
- Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 599-608.
- Baltieri, D. A., Daró, F. R., Ribeiro, P. L., & De Andrade, A. G. (2009). The role of alcoholic beverage preference in the severity of alcohol dependence and adherence to the treatment. *Alcohol*, 43(3), 185-195.
- Basiaux, P., le Bon, O., Dramaix, M., Massat, I., Souery, D., Mendlewicz, J.,... Verbanck, P. (2001). Temperament and character inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: A controlled study. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 36(6), 584-587.
- Bassarath, L. (2001). Neuroimaging studies of antisocial behavior. *Canadian Journal of Psychiatry*. 46(8), 728-732.
- Bausela Herreras, E., & Martínez Gutiérrez, G. (2013). Adicciones y funcionamiento ejecutivo. *Psicología y Psicopedagogía*, 7(19)
- Beatty, W. W., Katzung, V. M., Moreland, V. J., & Nixon, S. J. (1995). Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 37(3), 247-253.
- Becario, P. (2008). Características de personalidad en pacientes alcohólicos mediante el cuestionario Temperament and Character Inventory (TCI). Diferencias según la existencia de abuso de benzodiacepinas (BZD) y trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 20(2), 143-148.
- Beckman, L. J. (1975). Women alcoholics; a review of social and psychological studies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 36(07), 797.

- Begleiter, H., & Porjesz, B. (1988). Potential biological markers in individuals at high risk for developing alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(4), 488-493.
- Bencherif, B., Wand, G. S., McCaul, M. E., Kim, Y. K., Ilgin, N., Dannals, R. F., & Frost, J. J. (2004). Mu-opioid receptor binding measured by carfentanil positron emission tomography is related to craving and mood in alcohol dependence. *Biological Psychiatry*, 55(3), 255-262.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *The Journal of General Psychology*, 39(1), 15-22.
- Berman, O. (1990). Severe brain dysfunction: Alcoholic Korsakoffs syndrome. *Alcohol Health Res World*, 14(2), 120-129.
- Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A., & Sanjuán Suárez, P. (2003). Psicología de la personalidad. Teoría e investigación. *Editorial Universidad Nacional De Educación a Distancia*.
- Bertera, J. H., & Parsons, O. A. (1978). Impaired visual search in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2(1), 9-14.
- Blonigen, D. M., Timko, C., Moos, B. S., & Moos, R. H. (2009). Treatment, alcoholics anonymous, and 16-year changes in impulsivity and legal problems among men and women with alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(5), 714-725.
- Bloomfield, K., Gmel, G., Neve, R., & Mustonen, H. (2001). Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, the Netherlands, and Switzerland: A repeated survey analysis. *Substance Abuse*, 22(1), 39-53.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G., & Rehn, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research and Health*, 27(1), 95-109.

- Blume, S. (1997). Women and alcohol: Issues in social policy. *New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies*, 462-489.
- Blume, S. B. (1986). Women and alcohol: A review. *Jama*, 256(11), 1467-1470.
- Brandt, J., Butters, N., Ryan, C., & Bayog, R. (1983). Cognitive loss and recovery in long-term alcohol abusers. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 435-442.
- Breese, G. R., Sinha, R., & Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacology & Therapeutics*, 129(2), 149-171.
- Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E., & Delis, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(2), 164-171.
- Burns, L., Teesson, M., & O'Neill, K. (2005). The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*, 100(6), 787-796.
- Caballo, V. E., Torres, I. C. S., & Isabel, J. A. C. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Calvo Botella, H. (2003). Alcohol and neuropsychology. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 256-268.
- Campanella, S., Petit, G., Maurage, P., Kornreich, C., Verbanck, P., & Noël, X. (2009). Chronic alcoholism: Insights from neurophysiology. *Clinical Neurophysiology*, 39(4), 191-207.
- Campos Marín, R. (1997). Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923). *Madrid: CSIC*.
- Canli, T., Zhao, Z., Desmond, J. E., Kang, E., Gross, J., & Gabrieli, J. D. (2001). An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. *Behavioral Neuroscience*, 115(1), 33.

- Canli, T., Sivers, H., Whitfield, S. L., Gotlib, I. H., & Gabrieli, J. D. (2002). Amygdala response to happy faces as a function of extraversion. *Science (New York, N.Y.)*, *296*(5576), 2191.
- Carballo, J. L., García, G., Jáuregui, V., & Sáez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y Drogas*, *9*(1), 79-92.
- Carballo, J. L., Marín Vila, M., Jáuregui Andújar, V., García Sánchez, G., Espada Sánchez, J. P., Orgilés, M., & Piqueras, J. A. (2013). Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante. *Salud y Drogas*, *13*(2), 157-163.
- Cardenal, V., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, *18*(3), 305.
- Casariago, C., Morena, A., Henry, M., Valenciano, R., Bello, G., & Cuesta, J. (1995). Psicopatología en alcohólicos en desintoxicación: Relación con variables toxicológicas y sociodemográficas. *Adicciones*, *7*(1), 25-30.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Monografía Alcohol. Adicciones*, *14*, 195-219.
- Casas, M., Gutiérrez, M., & San, L. (1994). Psicopatología y alcoholismo. *Barcelona. Citrán*.
- Castañeda Arcila, J. A., & Chaves Castaño, L. (2013). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento Psicológico*, *11*(1), 55-69.
- Cermak, L. S. (1990). Cognitive-processing deficits in chronic alcohol abusers. *Alcohol Health & Research World*.
- Ceylan Isik, A. F., McBride, S. M., & Ren, J. (2010). Sex difference in alcoholism: Who is at a greater risk for development of alcoholic complication? *Life Sciences*, *87*(5), 133-138.

- Charness, M. E. (1993). Brain lesions in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(1), 2-11.
- Chirivella, J., Espert, R., & Gadea, M. (1996). Déficit neuropsicológicos asociados al consumo de alcohol. Una aproximación multidisciplinar. *Psicología Conductual*, 3, 377-392.
- Circuits, F. (1994). Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *Neurosciences*, 6, 358-370.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., & Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Rev. Neurol.*, 44(1), 23-31.
- Corral-Varela, M., & Cadaveira, F. (2002). Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: Naturaleza y reversibilidad del daño cerebral. *Revista De Neurología*, 35(7), 682-687.
- Cortes Tomas, M. T., Espejo Tort, B., & Giménez Costa, J. A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20(3), 396-402.
- Coullaut Valera, R., Arbaiza Díaz, d. R., Arrúe Ruiloba, R. D., Coullaut Valera, J., & Bajo Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 39(3), 168-173.
- Crego, A., Rodríguez Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M., & Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1), 45-56.
- Crews, F. T. (1999). Alcohol and neurodegeneration. *CNS Drug Reviews*, 5(4), 379-394.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.

- Cutting, J. (1978). Specific psychological deficits in alcoholism. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 133, 119-122.
- Cyders, M. A., Flory, K., Rainer, S., & Smith, G. T. (2009). The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first-year college drinking. *Addiction*, 104(2), 193-202.
- Dao Castellana, M., Samson, Y., Legault, F., Martinot, J., Aubin, H., Crouzel, C., ... Feline, A. (1998). Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: Metabolic and neuropsychological findings. *Psychological Medicine*, 28(05), 1039-1048.
- de Ciencias de la Salud, Fundación. (2000). *Drogas: Nuevos patrones y tendencias de consumo: Trabajos de la jornada" las drogas a debate: Nuevos patrones y tendencias de consumo"*, organizada por la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas y la fundación de ciencias de la salud, celebrada el 15 de febrero de 1999. Aranjuez (Madrid): Doce Calles.
- de Medina Hernández, Ricardo Bravo, Odriozola, E. E., & Azpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: Un estudio comparativo. *Adicciones: Revista De Socidrogalcohol*, 19(4), 373-381.
- De Medina, R. B., Echeburúa, E., & Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: Dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20(2), 218-223.
- de Quesada-Martínez, M., Díaz-Pérez, G., Herrera-Ramos, A., Tamayo-Porras, M., & Rubio-López, R. (2007). Características del electroencefalograma cuantitativo y trastornos cognitivos en pacientes alcohólicos. *Rev. Neurol.*, 44(2), 81-88.

- Deckel, A. W., Hesselbrock, V., & Bauer, L. (1995). Relationship between Alcohol-Related expectancies and anterior brain functioning in young men at risk for developing alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(2), 476-481.
- Díaz Hurtado, R., Gual Solé, A., Serrano Pariente, L., Costa Juste, S., Ferri Carbonell, M., & Grau Fonollosa, C. (2001). Programa ALFIL: Evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos. *Adicciones nº13*.
- Díaz Anzaldúa, A., Díaz Martínez, A., & Díaz Martínez, L. R. (2011). The complex interplay of genetics, epigenetics, and environment in the predisposition to alcohol dependence. *Salud Mental*, 34(2), 157-166.
- Dos Santos Rigoni, M., Susin, N., Trentini, C. M., & da Silva Oliveira, M. (2012). Alcoolismo e avaliação de funções executivas: Uma revisão sistemática. *Psico*, 44(1).
- Drake, A. I., Butters, N., Shear, P. K., Smith, T. L., Bondi, M., Irwin, M., & Schuckit, M. A. (1995). Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 56(1), 104.
- Ducci, F., Enoch, M., Yuan, Q., Shen, P., White, K. V., Hodgkinson, C.,... Goldman, D. (2009). HTR3B is associated with alcoholism with antisocial behavior and alpha EEG power—an intermediate phenotype for alcoholism and co-morbid behaviors. *Alcohol*, 43(1), 73-84.
- Durazzo, T. C., Tosun, D., Buckley, S., Gazdzinski, S., Mon, A., Fryer, S. L., & Meyerhoff, D. J. (2011). Cortical thickness, surface area, and volume of the brain reward system in alcohol dependence: Relationships to relapse and extended abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(6), 1187-1200.
- Echeburúa, E., De Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *Psicothema*, 20(4), 525-530.

- Echeburúa, E., de Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2005). Alcoholism and personality disorders: An exploratory study. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 40(4), 323-326.
- Echeburúa, E., De Medina, R. B., & Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 42(6), 618-622.
- Eckardt, M.J., & Stapleton, J.M., Rawlings, R.R., Davis, E.Z. & Grodin, D.M. (1995) Neuropsychological functioning in detoxified alcoholics between 18 and 35 years of age. *American Journal of Psychiatry*, 152, 53-59.
- Ellis, R. J., & Oscar-Berman, M. (1989). Alcoholism, aging, and functional cerebral asymmetries. *Psychological Bulletin*, 106(1), 128.
- Elzo, J., & Orizo, F. A. (2000). *España 2000, entre el localismo y la globalidad: La encuesta europea de valores en su tercera aplicación, 1981-1999* Universidad de Deusto; Deustuko Unibertsitatea.
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 689-711.
- Escribano, J. J. Á., & Parra, D. G. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones: Revista De Socidrogalcohol*, 19(4), 383-392.
- Estévez-González, A., García-Sánchez, C., & Barraquer-Bordas, L. (2000). Los lóbulos frontales: El cerebro ejecutivo. *Revista De Neurología*, 31(6), 566-577.
- Evren, C., Dalbudak, E., Durkaya, M., Cetin, R., & Evren, B. (2010). Interaction of life quality with alexithymia, temperament and character in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 29(2), 177-183.
- Fadda, F., & Rossetti, Z. L. (1998). Chronic ethanol consumption: From neuroadaptation to neurodegeneration. *Progress in Neurobiology*, 56(4), 385-431.

- Fein, G., Sclafani, V., Cardenas, V., Goldmann, H., Tolou-Shams, M., & Meyerhoff, D. J. (2002). Cortical gray matter loss in Treatment-Naïve alcohol dependent individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 558-564.
- Fein, G., Di Sclafani, V., & Finn, P. (2010). Sensation seeking in Long-Term abstinent alcoholics, Treatment-Naïve active alcoholics, and nonalcoholic controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1045-1051.
- Fernández-Montalvo, J., & Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 14(1), 27-41.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: Resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283.
- Feuerlein, W., & Rodríguez Martos, A. (1982). *Alcoholismo: Abuso y dependencia: Introducción para médicos, psicólogos y asistentes sociales*. Salvat Editores.
- Flatscher Bader, T., Van Der Brug, M., Hwang, J. W., Gochee, P. A., Matsumoto, I., Niwa, S., & Wilce, P. A. (2005). Alcohol-responsive genes in the frontal cortex and nucleus accumbens of human alcoholics. *Journal of Neurochemistry*, 93(2), 359-370.
- Flatscher Bader, T., & Wilce, P. A. (2008). Impact of alcohol abuse on protein expression of midkine and excitatory amino acid transporter 1 in the human prefrontal cortex. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(10), 1849-1858.
- Galán, I., González, M. J., & Valencia-Martín, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: Un país en transición. *Revista Española De Salud Pública*, 88(4), 529-540.
- García González, R., & Alonso Suarez, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: Adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *14(4)*, 455-463.

- García, R. C., Sánchez-Pinilla, R. O., Peña, C. C., García, D. F., Adell, M. N., & de Dios, T. R. (2001). Recomendaciones sobre estilo de vida. *Aten Primaria*, 28(Supl 2), 27.
- García, U., Mendieta, C., Cervera, M., & Fernández, H. (2003). *Manual set de alcoholismo* Panamericana Madrid.
- García-Moreno, L. M., Expósito, J., Sanhueza, C., & Angulo, M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20(3), 271-279.
- Garrido, M. J., & Fernández-Guinea, S. (2004). Déficit neuropsicológicos en alcohólicos: Implicaciones para la seguridad vial. *Revista de Neurología*, 38(3), 277-283.
- George, M. S., Tenebäck, C. C., Malcolm, R. J., Moore, J., Stallings, L. E., Spicer, K., ... Ballenger, J. C. (1999). Multiple previous alcohol detoxifications are associated with decreased medial temporal and paralimbic function in the postwithdrawal period. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(6), 1077-1084.
- Giancola, P. R., & Moss, H. B. (1998). Executive cognitive functioning in alcohol use disorders. *Recent developments in alcoholism* (pp. 227-251) Springer.
- Gil, G. P., & Gálvez, R. (1992). *Medicina preventiva y salud pública*. Ediciones Científicas y Técnicas.
- Gnys, J. A., & Willis, W. G. (1991). Validation of executive function tasks with young children. *Developmental Neuropsychology*, 7(4), 487-501.
- Goikoetxea, E., Rodríguez, S. A., Cortajarena, C., Ugarte, K., Ponte, J., & Uriarte, J. (2001). El WAIS-III en pacientes esquizofrénicos: Hallazgos sobre su validez. *Revista De Psicología General y Aplicada: Revista De La Federación Española De Asociaciones De Psicología*, 54(2), 245-257.
- Gold, J. M., Hermann, B. P., Randolph, C., Wyler, A. R., Goldberg, T. E., & Weinberger, D. R. (1994). Schizophrenia and temporal lobe epilepsy: A neuropsychological analysis. *Archives of General Psychiatry*, 51(4), 265-272.

- Goldman Rakic, P. S. (1984). The frontal lobes: Uncharted provinces of the brain. *Trends in Neurosciences*, 7(11), 425-429.
- Goldstein, G., & Shelly, C. (1980). Neuropsychological investigation of brain lesion localization in alcoholism. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 126, 731-743.
- Gómez Moya, J. (2000). El alcoholismo femenino: Una aproximación cualitativa. *Revista Española De Drogodependencias*, 25(4).
- González, N. L., Castillo, A., Montalvo, J. F., Goñi, J. J. L., Conde, I. L., & Ustárroz, J. T. (2006). Alteraciones neuropsicológicas en alcohólicos: Un estudio exploratorio. *Adicciones: Revista De Socidrogalcohol*, 18(1), 49-59.
- González, N. L., Montalvo, J. F., & Ustárroz, J. T. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: Una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones: Revista De Socidrogalcohol*, 16(1), 41-51.
- González Iglesias, B., Gómez Fragueta, J., Gras, M., & Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales De Psicología*, 30(3), 1061-1068.
- Gorski, T. T., Kelley, J. M., Havens, L., & Peters, R. (1993). Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender. *Technical Assistance Publication Series*, 8.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2006). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcohol Research and Health*, 29(2), 79-91.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and Personality Disorders in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-368.

- Grant, D. A., & Berg, E. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38(4), 404.
- Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 415.
- Greve, K. W., Bianchini, K. J., Mathias, C. W., Houston, R. J., & Crouch, J. A. (2003). Detecting malingered performance on the Wechsler adult intelligence scale: Validation of Mittenberg's approach in traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(3), 245-260.
- Griffin, J. M. (1999). *Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in adults using the Wechsler Adult Intelligence Scale-III and brief neuropsychological techniques* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Gross, A. L., Rebok, G. W., Ford, D. E., Chu, A. Y., Gallo, J. J., Liang, K. Y.,... Klag, M. J. (2011). Alcohol consumption and domain-specific cognitive function in older adults: Longitudinal data from the Johns Hopkins precursors study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(1), 39-47.
- Grucza, R. A., Bucholz, K. K., Rice, J. P., & Bierut, L. J. (2008). Secular trends in the lifetime prevalence of alcohol dependence in the united states: A Re-evaluation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(5), 763-770.
- Grüsser, S. M., Wrase, J., Klein, S., Hermann, D., Smolka, M. N., Ruf, M.,... Braus, D. F. (2004). Cue-induced activation of the striatum and medial prefrontal cortex is associated with subsequent relapse in abstinent alcoholics. *Psychopharmacology*, 175(3), 296-302.
- Gual, A., Martínez, M., Ortega, L., & Bach, L. (1992). Utilización de técnicas grupales en el tratamiento de enfermos alcohólicos. *Estudio de las características de los grupos*

terapéuticos realizados en los centros asistenciales especializados del estado español. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Gual, A., Bravo, F., Lligona, A., & Colom, J. (2009). Treatment for alcohol dependence in Catalonia: Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 44(4), 409-415.

Guardia Serencigni, J., Estorch Cabrera, M., Surkovt, S., Camacho Martí, V. & García Ribas, G. (2011). La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol y el SPECT con yodobenzamida [I123] como predictores de recaída precoz en pacientes que presentan dependencia del alcohol. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 23(2), 157-164.

Guerri, C. (2000). Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro. *Trastornos Adictivos*, 2(1), 14-25.

Guerri, C., & Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44(1), 15-26.

Gundersen, H., Specht, K., Grüner, R., Ersland, L., & Hugdahl, K. (2008). Separating the effects of alcohol and expectancy on brain activation: An fMRI working memory study. *Neuroimage*, 42(4), 1587-1596.

Gutiérrez Reynaga, R. A., Medina Mora Icaza, M. E., Jiménez Tapia, A., Casanova Rodas, L., & Natera Rey, G. (2015). Estilos de afrontamiento a la "obsesión mental por beber" (craving) en bebedores en proceso de recuperación. *Salud Mental*, 38(3), 177-183.

Hanford, R., & Emory, U. (2001). Working memory and nonverbal affect recognition: Differentiation among ADHD subtypes in adults. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(10-B), 5564.

Hasin, D. S., Grant, B. F., & Weinflash, J. (1988). Male/female differences in alcohol-related problems: Alcohol rehabilitation patients. *Substance use & Misuse*, 23(5), 437-448.

- Haver, B. (2003). Comorbid psychiatric disorders predict and influence treatment outcome in female alcoholics. *European Addiction Research*, 9(1), 39-44.
- Heinemans, N., Toftgård, M., Damström Thakker, K., & Galanti, M. R. (2014). An evaluation of long-term changes in alcohol use and alcohol problems among clients of the Swedish National Alcohol Helpline. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.
- Heinz, A., Siessmeier, T., Wrase, J., Hermann, D., Klein, S., Grüsser Sinopoli, S. M., . . . Gründer, G. (2004). Correlation between dopamine D2 receptors in the ventral striatum and central processing of alcohol cues and craving. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1783-1789.
- Heitzeg, M. M., Nigg, J. T., Yau, W. W., Zucker, R. A., & Zubieta, J. (2010). Striatal dysfunction marks preexisting risk and medial prefrontal dysfunction is related to problem drinking in children of alcoholics. *Biological Psychiatry*, 68(3), 287-295.
- Henriksson, R., Kuzmin, A., Ökvist, A., Harper, C., Sheedy, D., Garrick, T., ... Bakalkin, G. (2008). Elevated synaptophysin I in the prefrontal cortex of human chronic alcoholics. *Synapse*, 62(11), 829-833.
- Hernández, B. R. (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin*, 69(1), 29-44.
- Hernández-Fonseca, K., Martinell, P., Reyes-Guzmán, C., & Méndez, M. (2015). ¿La exposición crónica al alcohol induce neurodegeneración en el sistema nervioso central de la rata? *Salud Mental*, 38(3), 167-176.
- Herreras, E. B., Cela, J. L. S., & de León España, U. (2006). Disfunción ejecutiva: Sintomatología que acompaña a la lesión y/o disfunción del lóbulo frontal. *Avances En Salud Mental Relacional*, 5(2)
- Higgins, S. T., & Petry, N. M. (1999). Contingency management. *Alcohol Research & Health*, 23, 122-127.

- Hill, S. (1980). Comprehensive assessment of brain dysfunction in alcoholic individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(s286), 57-75.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). Applied statistics for the behavioral sciences.
- Hodgins, D. C., Ungar, J., el Guebaly, N., & Armstrong, S. (1997). Getting back on the wagon: Reasons and strategies for terminating alcoholic relapses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(3), 174-181.
- Holdcraft, L. C., Iacono, W. G., & McGue, M. K. (1998). Antisocial personality disorder and depression in relation to alcoholism: A community-based sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(2), 222-226.
- Hommer, D. W., Momenan, R., Kaiser, E., & Rawlings, R. R. (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 198-204.
- Hong, R. Y., & Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviors in university students. *European Journal of Personality*, 23(8), 675-696.
- Horn, J., & Cattell, R. B. (1966). Puesta a punto y prueba de la teoría de la inteligencia fluida y cristalizada. *Revista de Psicología de la Educación*, 57(5), 253-270.
- Howard, M. O., Kivlahan, D., & Walker, R. D. (1997). Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: Applications to substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 48-66.
- Hubicka, B., Källmén, H., Hiltunen, A., & Bergman, H. (2010). Personality traits and mental health of severe drunk drivers in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 723-731.
- Hunt, G. M., & Azrin, N. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104.

- Huss, M. (1849). *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholssjukdom* (2 vols.), Stockholm, J.
- Hustad, J. T. P., Pearson, M. R., Neighbors, C., & Borsari, B. (2014). The role of alcohol perceptions as mediators between personality and alcohol-related outcomes among incoming college-student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, *28*(2), 336-347.
- Ihara, H., Berrios, G. E., & London, M. (2000). Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *68*(6), 731-737.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., & Cano, A. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo. *Psicothema*, *13*(4), 571-580.
- Ivano Scandurra, R., García Altés, A., & Nebot, M. (2011). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado español: Consumo, coste y políticas. *Revista Española De Salud Pública*, *85*(2), 141-147.
- Iwamoto, D. K., Corbin, W., Lejuez, C., & MacPherson, L. (2014). College men and alcohol use: Positive alcohol expectancies as a mediator between distinct masculine norms and alcohol use. *Psychology of Men & Masculinity*, *15*(1), 29-39.
- Jatinen, P., Riikonen, J., Riihioja, P., Kajander, O., & Hervonen, A. (2003). Interaction of aging and intermittent ethanol exposure on brain cytochrome c oxidase activity levels. *Alcohol*, *29*(2), 91-100.
- Jenkins, R. L., & Parsons, O. A. (1981). Neuropsychological effect of chronic alcoholism on Tactual-Spatial performance and memory in males. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *5*(1), 26-33.
- Jódar Vicente, M. (2004). Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Revista de Neurología*, *39*(2), 178-182.

- Johansson, S., Ekström, T. J., Marinova, Z., Ökvist, A., Sheedy, D., Garrick, T.,... Bakalkin, G. (2009). Dysregulation of cell death machinery in the prefrontal cortex of human alcoholics. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 12(01), 109-115.
- Jones, B., & Parsons, O. A. (1971). Impaired abstracting ability in chronic alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 24(1), 71-75.
- Joos, L., Goudriaan, A., Schmaal, L., De Witte, N., Van den Brink, W., Sabbe, B., & Dom, G. (2013). The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients. *Psychopharmacology*, 226(2), 273-283.
- Jungerman, F. S., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207.
- Kalechstein, A., & Van Gorp, W. G. (2011). *Neuropsychology and substance use: State-of-the-art and future directions*. Psychology Press.
- Kashem, M. A., James, G., Harper, C., Wilce, P., & Matsumoto, I. (2007). Differential protein expression in the corpus callosum (splenium) of human alcoholics: A proteomics study. *Neurochemistry International*, 50(2), 450-459.
- Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 687-695.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Kinght, R. G., & Longmore, B. E. (2013). *Clinical neuropsychology of alcoholism* Psychology Press.
- Kizilbash, A. H., Vanderploeg, R. D., & Curtiss, G. (2002). The effects of depression and anxiety on memory performance. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(1), 57-67.

- Klingemann, H., Gmel, G., & World Health Organization. (2001). *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Springer.
- Kluwe Schiavon, B., Sanvicente Viera, B., Viola, T. W., Souza, Leo Schuch Azevedo E, Rigoli, M. M., Fonseca, R. P., & Grassi Oliveira, R. (2013). Rehabilitation of executive functions: Implications and strategies. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 110-120.
- Knight, R., & Longmore, B. (1994). Cognitive impairment in alcoholics. *Clinical Neuropsychology of Alcoholism*, , 225-240.
- Kokavec, A., & Crowe, S. F. (1999). A comparison of cognitive performance in binge versus regular chronic alcohol misusers. *Alcohol and Alcoholism*, 34(4), 601-608.
- Kranzler, H. R., Del Boca, F. K., & Rounsaville, B. J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57(6), 619.
- Kranzler, H. R., Mason, B., & Modesto-Lowe, V. (1998). Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. *Dual Diagnosis and Treatment. New York (US): Marcel Dekker, Inc*, , 107-136.
- Kryger, R., & Wilce, P. (2010). The effects of alcoholism on the human basolateral amygdala. *Neuroscience*, 167(2), 361-371.
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E.,... Mackenbach, J. P. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 295-305.
- Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S., Monshouwer, K., Lemmers, L., Conrod, P., ... Kleinjan, M. (2011). Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 126-2458-11-126.

- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: Un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(2), 253-269.
- Leutzinger, M. R. (2002). Use of the WAIS-III performance scale with deaf adults. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering, 63*, (2 – B), 1036.
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology, 17*(1-4), 281-297.
- Limosin, F. (2002). Clinical and biological specificities of female alcoholism. *L'Encephale, 28*(6 Pt 1), 503-509.
- Liston, C., McEwen, B. S., & Casey, B. J. (2009). Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106*(3), 912-917.
- Llanero-Luque, M., Ruiz-Sánchez de León, J., Pedrero-Pérez, E., Olivar-Arroyo, A., Bouso-Saiz, J., Rojo-Mota, G., & Puerta García, C. (2008). Sintomatología disejecutiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del cuestionario disejecutivo (DEX-sp). *Revista de Neurología, 47*(9), 457-463.
- Long, J. A., & McLachlan, J. F. (1974). Abstract reasoning and perceptual-motor efficiency in alcoholics: Impairment and reversibility. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.*
- López Fernández, O., Ferrer Pérez, X., Lafarga Lebey, S., Honrubia Serrano, M. L., & Tudela Marí, M. (2011). Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una comunidad terapéutica: Estudio piloto, *23*(4), 289-298.
- López Ríos, F., & Gil Roales Nieto, J. (1996). Conductas adictivas: Modelos explicativos. *Psicología de las Adicciones. Granada: Ediciones Némesis.*
- López Ibor Aliño, J., & Valdés Millar, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado.* Barcelona: Editorial Masson.

- Lukoyanov, N. V., Madeira, M. D., & Paula-Barbosa, M. M. (1999). Behavioral and neuroanatomical consequences of chronic ethanol intake and withdrawal. *Physiology & Behavior*, *66*(2), 337-346.
- Mackin, R. (2000). Neuropsychological correlates of adult attention deficit disorder (ADHD). *Archives of Clinical Neuropsychology*, *15*(8), 775-776.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S.,... Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *International Journal of Epidemiology*, *32*(5), 830-837.
- Makris, N., Oscar Berman, M., Jaffin, S. K., Hodge, S. M., Kennedy, D. N., Caviness, V. S.,... Harris, G. J. (2008). Decreased volume of the brain reward system in alcoholism. *Biological Psychiatry*, *64*(3), 192-202.
- Mann, K., Hintz, T., & Jung, M. (2004). Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *254*(3), 172-181.
- Mann, K., Gunther, A., Stetter, F., & Ackermann, K. (1999). Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: A controlled test-retest study. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *34*(4), 567-574.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martínez González, J. M., Graña, J. L., & Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, *21*(2), 105-112.
- Martínez González, J. M., Graña Gómez, J. L., & Trujillo Mendoza, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la

- personalidad: Relación con el ajuste psicológico y craving. *Psicothema*, 22(4), 562-567.
- Martínez González, J. M., Graña Gómez, J. L., & Trujillo Mendoza, H. M. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: Variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23(3), 227-235.
- Martínez, G. C. (2002). *El diagnóstico dual en el abuso y dependencia de alcohol: Orientación diagnóstica y terapéutica para unidades de conductas adictivas*. Pfizer, Neurociencias.
- Martinotti, G., Nicola, M. D., Tedeschi, D., Cundari, S., & Janiri, L. (2009). Empathy ability is impaired in Alcohol-Dependent patients. *The American Journal on Addictions*, 18(2), 157-161.
- Maurage, P., Joassin, F., Speth, A., Modave, J., Philippot, P., & Campanella, S. (2012). Cerebral effects of binge drinking: Respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. *Clinical Neurophysiology*, 123(5), 892-901.
- McGue, M. (1999). The behavioral genetics of alcoholism. *Current Directions in Psychological Science*, 8(4), 109-115.
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Megías, I., Navarro, J., Rodríguez, E.,... Romani, O. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Fundación "la Caixa".
- Mellos, E., Liappas, I., & Paparrigopoulos, T. (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo (Athens, Greece)*, 24(5), 761-769.
- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., & Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas Andalucía, Madrid y País Vasco. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 33(119), 525-535.

- Merikangas, K. R., Stevens, D., & Fenton, B. (1996). Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders: The role of family studies. *Alcohol Health and Research World*, 20, 100-106.
- Miglioli, M., Buchtel, H. A., Campanini, T., & De Risio, C. (1979). Cerebral hemispheric lateralization of cognitive deficits due to alcoholism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(4), 212-217.
- Miguel, I. M., Oliva, A. O., & del Rosario Baho, Ana Rosa. (2009). Alcoholismo y déficit cognitivo. *Revista De Fundamentos De Psicología*, 1(1), 23.
- Miguel-Hidalgo, J. J., Overholser, J. C., Meltzer, H. Y., Stockmeier, C. A., & Rajkowska, G. (2006). Reduced glial and neuronal packing density in the orbitofrontal cortex in alcohol dependence and its relationship with suicide and duration of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(11), 1845-1855.
- Miller, W. R., & Hester, R. K. (1995). Treatment for alcohol problems: Toward an informed eclecticism.
- Millon, T., & Davis, R. B. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson.
- Moñino García, M., Piñero Ruiz, E., Areñse Gonzalo, J. J., & Cerezo Ramírez, F. (2013). Violencia escolar y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de educación secundaria. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(2), 137-147.
- Monras Arnau, M. (2010). Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones*, 22(4), 339-352.
- Monras, M., Freixa, N., Lligoña, A., & Gual, A. (1999). Defensividad psicológica y deterioro cognitivo en alcohólicos. ¿Están relacionados y son útiles para el pronóstico a los 5 años? *Psiquiatría Biológica*, 6(4), 154-168.

- Monras, M., García, S., Torres, M., Gual, A., & Ortega, L. (1998). El ingreso hospitalario en el tratamiento de los alcohólicos cronicados. *Adicciones*, 10(2), 151-160.
- Moos, R. H., Moos, B. S., & Timko, C. (2006). Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clinical Medicine & Research*, 4(3), 163-174.
- Moral, M. (2009). Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo: Complicaciones psiquiátricas del abuso de alcohol. En: Lorenzo .P, Ladero J.M., Leza J.C., Lizasoain I. *Drogodependencia*. 3ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 437-465.
- Moriyama, Y., Mimura, M., Kato, M., Yoshino, A., Hara, T., Kashima, H.,... Watanabe, A. (2002). Executive dysfunction and clinical outcome in chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(8), 1239-1244.
- Moselhy, H. F., Georgiou, G., & Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: A review of the literature. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 36(5), 357-368.
- Muñoz García, J. J., & Graña Gómez, J. L. (2011). Las funciones ejecutivas en subtipos de drogodependientes en tratamiento. (pp. 29-50)
- Muñoz Céspedes, J., & Tirapu Estaros, J. (2004). Rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Revista De Neurología*, 38(7), 656-663.
- Munro, C. A., Saxton, J., & Butters, M. A. (2000). The neuropsychological consequences of abstinence among older alcoholics: A Cross-Sectional study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(10), 1510-1516.
- Neiman, J. (1998). Alcohol as a risk factor for brain damage: Neurologic aspects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(S7), 346s-351s.
- Nilsson, L., Bäckman, L., & Karlsson, T. (1989). Priming and cued recall in elderly, alcohol intoxicated and sleep deprived subjects: A case of functionally similar memory deficits. *Psychological Medicine*, 19(02), 423-433.

- Nixon, S. J., & Bowlby, D. (1996). Evidence of alcohol-related efficiency deficits in an episodic learning task. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(1), 21-24.
- Nixon, S. J., & Tivis, L. J. (1997). Neuropsychological responses in COA's. *Alcohol Health & Research World*.
- Noel, X., Brevers, D., Bechara, A., Hanak, C., Kornreich, C., Verbanck, P., & Le Bon, O. (2011). Neurocognitive determinants of novelty and sensation-seeking in individuals with alcoholism. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46(4), 407-415.
- Nordquist, N., Göktürk, C., Comasco, E., Nilsson, K. W., Orelund, L., & Hallman, J. (2009). Transcription factor AP2 beta involved in severe female alcoholism. *Brain Research*, 1305, S20-S26.
- Obernier, J., Bouldin, T., & Crews, F. (2002). Binge ethanol exposure in adult rats causes necrotic cell death. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 547-557.
- Obernier, J. A., White, A. M., Swartzwelder, H. S., & Crews, F. T. (2002). Cognitive deficits and CNS damage after a 4-day binge ethanol exposure in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 72(3), 521-532.
- O'Brien, C. P., Woody, G. E., & McLellan, A. T. (1984). Psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- O'Farrell, T. J. (1995). Marital and family therapy.
- Oscar-Berman, M., & Ellis, R. J. (1987). *Cognitive deficits related to memory impairments in alcoholism* Springer.
- Oscar-Berman, M., Hutner, N., & Bonner, R. T. (1992). Visual and auditory spatial and nonspatial delayed-response performance by Korsakoff and non-Korsakoff alcoholic and aging individuals. *Behavioral Neuroscience*, 106(4), 613.
- Oscar-Berman, M., Shagrin, B., Evert, D. L., & Epstein, C. (1997). Impairments of brain and behavior. *Alcohol Health & Research World*, 21(1), 65.

- Oscar-Berman, M., Valmas, M. M., Sawyer, K. S., Kirkley, S. M., Gansler, D. A., Merritt, D., & Couture, A. (2009). Frontal brain dysfunction in alcoholism with and without antisocial personality disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *5*, 309-326.
- Pacini, M., Maremmanni, I., Vitali, M., Santini, P., Romeo, M., & Ceccanti, M. (2009). Affective temperaments in alcoholic patients. *Alcohol*, *43*(5), 397-404.
- Papazian, O., Alfonso, I., & Luzondo, R. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, *42*(3), 45-50.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Holguín, S. R., & Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, *37*(2), 167-172.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S., & Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Definition of Adolescent Binge Drinking*, *23*(1), 53-63.
- Parsons, O. A. (1994). Neuropsychological measures and event-related potentials in alcoholics: Interrelationships, long-term reliabilities, and prediction of resumption of drinking. *Journal of Clinical Psychology*, *50*(1), 37-46.
- Parsons, O. A., Butters, N. E., & Nathan, P. E. (1987). *Neuropsychology of alcoholism: Implications for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Parsons, O. A., & Leber, W. R. (1981). The relationship between cognitive dysfunction and brain damage in alcoholics: Causal, interactive, or epiphenomenal? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *5*(2), 326-343.
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II en adictos a sustancias en tratamiento. *Adicciones*, *21*(1), 29-37.
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el inventario de Dickman. *Psicothema*, *21*(4), 585-591.

- Pedrero Pérez, E. J. (2002). Atribuciones en drogodependencias. *Psicología.Com*, 6(2).
- Pedrero Pérez, E. J. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el big-five questionnaire. *Trastornos Adictivos*, 4(3), 138-150.
- Pedrero Pérez, E. J., López Durán, A., & Olivar Arroyo, A. (2011). Addiction: Frontal personality change but not personality disorder comorbidity. Implications for treatment of addictive disorders. *Personality Traits Theory, Testing and Influences*, 1-36.
- Pedrero Pérez, E. J., & Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2012). Subtipos de adictos a la cocaína con y sin consumo problemático de alcohol asociado: Hacia una neuropsicología de la personalidad aplicada a la clínica. *Adicciones*, 24(4), 291-300.
- Pedrero Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Olivar Arroyo, Á., Rojo Mota, G., Llanero Luque, M., & Puerta García, M. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: Relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23(1), 100-106.
- Pedrero Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Rojo Mota, G., Llanero Luque, M., & Puerta-García, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: Implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24(1), 51-57.
- Pelegrín, C., Martín, M., & Tirapu, J. (1995). La escala NRS: La versión española de la neurobehavioural rating scale. *Anales de Psiquiatría*, 11 88-98.
- Pelicier, Y., & Archambault, J. (1978). Du buveur à l'alcoolique: Les essais de classification. *Vie Medical*, 4, 139-144.
- Penick, E. C., Powell, B. J., Nickel, E. J., Read, M. R., Gabrielli, W. F., & Liskow, B. I. (1990). Examination of cloninger's type I and type II alcoholism with a sample of men

- alcoholics in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14(4), 623-629.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I., & Fernández Hermida, J. R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Ediciones Pirámide.
- Pfefferbaum, A., Desmond, J. E., Galloway, C., Menon, V., Glover, G. H., & Sullivan, E. V. (2001). Reorganization of frontal systems used by alcoholics for spatial working memory: An fMRI study. *Neuroimage*, 14(1), 7-20.
- Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., & Lim, K. O. (1997). Frontal lobe volume loss observed with magnetic resonance imaging in older chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(3), 521-529.
- Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Rosenbloom, M. J., Mathalon, D. H., & Lim, K. O. (1998). A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over a 5-year interval. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 905-912.
- Pires, F. B., & Schneider, D. R. (2014). The phenomenon of relapse in alcoholism: An integrative review of international scientific publications (2004-2009). *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog*, 10(1), 42-50.
- Pitel, A. L., Beaunieux, H., Witkowski, T., Vabret, F., De La Sayette, V., Viader, F., . . . Eustache, F. (2008). Episodic and working memory deficits in alcoholic Korsakoff patients: The continuity theory revisited. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1229-1241.
- Porjesz, B., & Begleiter, H. (1985). Human brain electrophysiology and alcoholism. *Alcohol and the brain* (pp. 139-182) Springer.
- Portella, E., Ridao, M., Carrillo, E., Ribas, E., Ribó, C. y Salvat, M. (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Ed. Médica Panamericana.

- Pulido, J., Indave Ruiz, B. I., Colell Ortega, E., Ruiz García, M., Bartroli, M., & Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española De Salud Pública*, *88*(4), 493-513.
- Query, W. T., & Berger, R. A. (1980). AVLT memory scores as a function of age among general medical, neurologic and alcoholic patients. *Journal of Clinical Psychology*, *36*(4), 1009-1012.
- Raine, A., Buchsbaum, M. S., Stanley, J., Lottenberg, S., Abel, L., & Stoddard, J. (1994). Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biological Psychiatry*, *36*(6), 365-373.
- Ramírez Sánchez, D. C., Marínez Barroso, K. A., & Asúnsolo del Barco, Á. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, *57*(224), 190-209.
- Rathlev, N. K., Ulrich, A. S., Delanty, N., & D'Onofrio, G. (2006). Alcohol-related seizures. *The Journal of Emergency Medicine*, *31*(2), 157-163.
- Rathlev, N. K., Ulrich, A., Shieh, T. C., Callum, M. G., Bernstein, E., & D'Onofrio, G. (2002). Etiology and weekly occurrence of Alcohol-related seizures. *Academic Emergency Medicine*, *9*(8), 824-828.
- Ratti, M., Bo, P., Giardini, A., & Soragna, D. (2002). Chronic alcoholism and the frontal lobe: Which executive functions are impaired? *Acta Neurologica Scandinavica*, *105*(4), 276-281.
- Raynor, D. A., & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health*, *58*(1), 73-82.
- Reed, R. J., Grant, I., & Rourke, S. B. (1992). Long-Term abstinent alcoholics have normal memory. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *16*(4), 677-683.

- Reese, J., Kraschewski, A., Anghelescu, I., Winterer, G., Schmidt, L. G., Gallinat, J., . . . Wernicke, C. (2010). Haplotypes of dopamine and serotonin transporter genes are associated with antisocial personality disorder in alcoholics. *Psychiatric Genetics*, 20(4), 140-152.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., & Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.
- Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G., & Gual, A. (2013). Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 25(1), 11-18.
- Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Young, S. E., Corley, R. P., Crowley, T. J., & Stallings, M. C. (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60(12), 1256-1264.
- Rintala, J. (2002). *Neuropathology of aging and long-term ethanol consumption: Morphological and immunohistochemical studies on rat cerebellum, locus coeruleus and frontal cortex*. Tampere University Press.
- Rodríguez Santos, O., Baldo Soria, R., & Cardoso Cristiá, S. (2000). Consumo de alcohol: Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(3), 255-259.
- Roehrich, L., & Goldman, M. S. (1993). Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 812.
- Rojo Mota, G., Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de León, J.M., Olivar Arroyo, Á., Llanero Luque, M., & Puerta García, C. (2010). Assessment of process and motor skills in

- addicted individuals: The AMPS and its utility in neuropsychological evaluation. *Clinical Neuropsychologist*.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519-530.
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61(3), 475.
- Room, R., & Rossow, I. (2001). The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance use*, 6(4), 218-228.
- Ross, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: Results from the mental health supplement to the Ontario health survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(2), 111-128.
- Ross, H. E., Glaser, F. B., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 1023-1031.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F., & Meyer, R. E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 505-513.
- Rourke, S. B., & Grant, I. (1999). The interactive effects of age and length of abstinence on the recovery of neuropsychological functioning in chronic male alcoholics: A 2-year follow-up study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(3), 234-246.
- Rubio, G., & Blázquez, A. (2000). Mujer y problemas por el alcohol. *Guía práctica de intervención en alcoholismo*, 327-336.

- Rubio, G., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M., Palomo, T., Palomo, T., Beninger, R.,... Archer, T. (2001). Deterioro cognitivo asociado al uso de psicofármacos y a drogas de abuso: Posibilidades terapéuticas. *Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA, Borrell J, Archer T. Trastornos Cognitivos. Madrid: Fundación Cerebro y Mente, 207-221.*
- Ruiz Juan, F., & Ruiz Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de psicología, 27(2).*
- Ruiz Sánchez de León, J.M., Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, A., Llanero Luque, M., Rojo Mota, G., & Puerta García, C. (2010). Personalidad y sintomatología frontal en adictos y población no clínica: Hacia una neuropsicología de la personalidad. *Adicciones, 22(3), 233-243.*
- Ryback, R. S. (1971). The continuum and specificity of the effects of alcohol on memory: A review. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.*
- Sacristán Martín, P., & Paricio, C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones, 21(1), 15-20.*
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría clínica.* (Décima Ed.) Lippincott Williams and Wilkins.
- Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, J. (2006). Manual de psicofarmacología. *Madrid: Editorial Médica Panamericana.*
- Fraile, J. S., Alandes, C. R., & García, J. B. (2010). Narcisismo manifiesto, narcisismo encubierto y trastornos de personalidad en una Unidad de Conductas Adictivas: validez predictiva de respuesta a tratamiento. *Adicciones, 22(2), 107-112.*
- Salvador, T. (1994). Situación y condicionantes de la evaluación de programas de prevención del abuso de drogas en España. *Metodología de evaluación de los Programas de Prevención del Consumo de Drogas, 31-45.*

- Sánchez Pardo, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14 (Supl 1), 79-97.
- Sánchez Pardo, L., Bolaños Gallardo, E., & De Vicente Manzanero, P. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de castilla y león* (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la droga ed.) Junta de Castilla y León.
- Sánchez Peña, J. F., Álvarez Cotoli, P., & Rodríguez Solano, J. J. (2012). Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: Seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 129-135.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-Usf*, 8(2), 163-173.
- Sanhueza, C., García Moreno, L. M., & Expósito, J. (2011). Weekend alcoholism in youth and neurocognitive aging. *Psicothema*, 23(2), 209-214.
- Sanhueza, C., García Moreno, L. M., & Expósito, J. (2011). Alcoholismo de fin de semana en jóvenes y envejecimiento neurocognitivo. *Psicothema*, 23(2), 209-214.
- Schandler, S. L., Cohen, M. J., & Vulpe, M. (1996). Problem solving and coping strategies in persons with spinal cord injury who have and do not have a family history of alcoholism. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 19(2), 78-86.
- Schneider, K. M., Kviz, F. J., Isola, M. L., & Filstead, W. J. (1995). Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 20(1), 1-21.
- Schreckenberger, M., Amberg, R., Scheurich, A., Lochmann, M., Tichy, W., Klega, A.,... Landvogt, C. (2004). Acute alcohol effects on neuronal and attentional processing:

- Striatal reward system and inhibitory sensory interactions under acute ethanol challenge. *Neuropsychopharmacology*.
- Schulte, T., Oberlin, B. G., Kareken, D. A., Marinkovic, K., Müller Oehring, E. M., Meyerhoff, D. J., & Tapert, S. (2012). How acute and chronic alcohol consumption affects brain networks: Insights from multimodal neuroimaging. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(12), 2017-2027.
- Schwabe, L., Dickinson, A., & Wolf, O. T. (2011). Stress, habits, and drug addiction: A psychoneuroendocrinological perspective. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 53.
- Secades Villa, R., López Núñez, C., Fernández Artamendi, S., Weidberg, S., & Fernández Hermida, J. R. (2013). Diferencias de género en la prevalencia de los trastornos por uso de alcohol del DSM-IV en adolescentes. *Adicciones*, 25(3), 260-268.
- Serrani Azcurra, D., Jorge Luis. (2013). Rasgos patológicos de personalidad y metabolitos cerebrales como predictores de no abstinencia en adictos con trastornos de personalidad. *Adicciones*, 25(3), 208-219.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 298(1089), 199-209.
- Shivani, R., Goldsmith, R. J., & Anthenelli, R. M. (2002). Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 90-98.
- Sinha, R., Fox, H. C., Hong, K. A., Bergquist, K., Bhagwagar, Z., & Siedlarz, K. M. (2008). Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology*, 34(5), 1198-1208.
- Smith, J. W., Burt, D. W., & Chapman, R. F. (1973). Intelligence and brain damage in alcoholics. A study in patients of middle and upper social class. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34(2), 414-422.

- Solís, L., & Cordero, M. (1999;). El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico. *Salud Mental*, 22(2), 1-6.
- Squeglia, L. M., Schweinsburg, A. D., Pulido, C., & Tapert, S. F. (2011). Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: Differential gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(10), 1831-1841.
- Stearns, C., Dunham, M., McIntosh, D., & Dean, R. S. (2004). Attention deficit/hyperactivity disorder and working memory in clinically referred adults. *International Journal of Neuroscience*, 114(2), 273-287.
- Sullivan, E. V. (2003). Compromised pontocerebellar and cerebellothalamocortical systems: Speculations on their contributions to cognitive and motor impairment in nonamnesic alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(9), 1409-1419.
- Sullivan, E. V., Fama, R., Rosenbloom, M. J., & Pfefferbaum, A. (2002). A profile of neuropsychological deficits in alcoholic women. *Neuropsychology*, 16(1), 74.
- Sullivan, E. V., Marsh, L., Mathalon, D. H., Lim, K. O., & Pfefferbaum, A. (1996). Relationship between alcohol withdrawal seizures and temporal lobe white matter volume deficits. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 20(2), 348-354.
- Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., Zipursky, R. B., Kersteen Tucker, Z., Knight, R. T., & Pfefferbaum, A. (1993). Factors of the Wisconsin card sorting test as measures of frontal-lobe function in schizophrenia and in chronic alcoholism. *Psychiatry Research*, 46(2), 175-199.
- Svrakić, D., Cloninger, C., Svrakić, N., Lazić, B., Milivojević, D., & Nastasić, P. (2010). Drug addiction and choice of drugs: Temperament and personality as risk factors. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*, 11(3), 93-98.

- Tarquini, D., & Masullo, C. (1981). Cognitive impairment and chronic alcohol abuse: A neuropsychological study. *Drug and Alcohol Dependence*, 8(2), 103-109.
- Tiffany, S. T., & Conklin, C. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(8s2), 145-153.
- Tirapu Ustárrroz, J., Muñoz Céspedes, J., & Pelegrín Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: Necesidad de una integración conceptual. *Revista De Neurología*, 34(7), 673-685.
- Traber, R., Würmle, O., & Modestin, J. (2009). Two types of classification in female alcoholism. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 291-299.
- Tyas, S. L. (2001). Alcohol use and the risk of developing Alzheimer's disease. *Alcohol Research and Health*, 25(4), 299-307.
- Uekermann, J., & Daum, I. (2008). Social cognition in alcoholism: A link to prefrontal cortex dysfunction? *Addiction*, 103(5), 726-735.
- VAILLANT, E. (1980). Natural history of male psychological health: VIII. Antecedents of alcoholism and "Orality". *Am J Psychiatry*, 37, 181.
- Vaillant, G. E. (1988). What can Long-term Follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addiction*, 83(10), 1147-1157.
- Vaillant, G. E., & Hiller Sturmhöfel, S. (1996). The natural history of alcoholism. *Alcohol Health & Research World*.
- Valbuena, A., Largo, R., Quintero, J., García, E., & Correas, J. (2001). Comorbilidad en alcohólicos ingresados. Implicaciones clínicas y sociosanitarias. *Adicciones*, 13(3), 319-322.
- Valencia Martín, J. L., González, M. J., & Galán, I. (2014). Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: La importancia de los patrones de consumo. *Revista Española De Salud Pública*, 88(4), 433-446.

- Valladolid, G. R., & Carrasco, J. S. (2000). *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Vallina Álvarez, E., Villaverde Amieva, P., Rodríguez Sánchez, J., Gallego Villalobos, M., González Fernández, E., & Arribas Castrillo, J. M. (2002). Eje hipófito-suprarrenal en el alcoholismo crónico. *Anales De Medicina Interna*, 19(12), 30-32.
- Van der Heijden, P., & Donders, J. (2003). A confirmatory factor analysis of the WAIS—III in patients with traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(1), 59-65.
- Van Rijn, R. M., Brissett, D. I., & Whistler, J. L. (2010). Dual efficacy of delta opioid receptor-selective ligands for ethanol drinking and anxiety. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 335(1), 133-139.
- Vega Fuente, A., & Aramendi Jauregi, P. (2013). Alcohol en la educación secundaria obligatoria: Desde la preocupación por la borrachera al compromiso educativo de los centros escolares. *Revista Española De Drogodependencias*, 38(3), 251-262.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777-810.
- Vergne, D. E., & Anton, R. F. (2010). Aripiprazole: A drug with a novel mechanism of action and possible efficacy for alcohol dependence. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)*, 9(1), 50-54.
- Vogel, M. (2002). The utility of the WAIS—III versus the WISC—III in sixteen years old with learning disabilities. *Dissertation Abstracts International; the Sciences y Engineering*, 63(6-A), 2137.

- Walker, D. W., Hunter, B. E., & Abraham, W. C. (1981). Neuroanatomical and functional deficits subsequent to chronic ethanol administration in animals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5(2), 267-282.
- Weafer, J., & Fillmore, M. T. (2014). Alcohol-related cues potentiate alcohol impairment of behavioral control in drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Weissenborn, R., & Duka, T. (2003). Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: Their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology*, 165(3), 306-312.
- Wetherbee, L. A. (2001). *Usefulness of the WISC-III for identifying learning problems of evangelical christian children: An investigation of cultural influences in standardized testing*
- Wilsnack, S. C. (1996). Patterns and trends in women's drinking: Recent findings and some implications for prevention. *Women and Alcohol: Issues for Prevention Research*, 19-63.
- Wilsnack, S. C., & Wilsnack, R. W. (1995). Drinking and problem drinking in US women. *Recent developments in alcoholism* (pp. 29-60) Springer.
- Witkiewitz, K., & Villarroel, N. A. (2009). Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 633.
- World Health Organization. (2005). European health for all database (HFA-DB)[electronic resource].
- World Health Organization. (2012). Alcohol in the european union: Consumption, harm and policy approaches: Final report, Copenhagen 27 march 2012.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014 World Health Organization*.

- Ye, Y., & Kaskutas, L. A. (2009). Using propensity scores to adjust for selection bias when assessing the effectiveness of alcoholics anonymous in observational studies. *Drug and Alcohol Dependence, 104*(1), 56-64.
- Yen, J., Ko, C., Yen, C., Chen, C., & Chen, C. (2009). The association between harmful alcohol use and internet addiction among college students: Comparison of personality. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*(2), 218-224.
- Zikos, E., Gill, K. J., & Charney, D. A. (2010). Personality disorders among alcoholic outpatients: Prevalence and course in treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, 55*(2), 65-73.
- Zilberman, M. L., Tavares, H., Blume, S. B., & el-Guebaly, N. (2003). Substance use disorders: Sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(1), 5-13.
- Zinn, S., Stein, R., & Swartzwelder, H. S. (2004). Executive functioning early in abstinence from alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*(9), 1338-1346.



9. ANEXOS

- Anexo I:** Hoja de información al participante
- Anexo II:** Ficha de datos
- Anexo III:** Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III. WAIS-III
- Anexo IV:** Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin
- Anexo V:** Escala Bads y Cuestionario DEX
- Anexo VI:** Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI-III
- Anexo VII:** Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI)

ANEXO I

HOJA D INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

-TESIS DOCTORAL-

INTRODUCCIÓN

Le agradecemos la atención que nos está prestando y queremos invitarle a participar en un estudio de investigación clínica para una Tesis Doctoral dirigida por el Dr. Vicente Merino Barragán.

Antes de decidir si quiere o no participar, es importante que conozca las características del estudio. El evaluador/a le informará detalladamente y podrá hacer todas las preguntas que considere oportunas. Lea detenidamente esta información, y ante cualquier duda, puede preguntar a la persona responsable.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Por lo tanto, puede decidir libremente participar o no en dicha investigación.

FINALIDAD DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es analizar el papel que tienen las recaídas en el consumo de alcohol en determinadas funciones cognitivas del cerebro de dichos pacientes.

Además se pretende estudiar las diferencias que existen entre los alcohólicos que han sufrido recaídas a lo largo de la enfermedad de aquellos que no las han sufrido.

¿EN QUÉ CONSISTE EL ESTUDIO?

Se le van a aplicar unas pruebas de evaluación que miden diferentes aspectos. El evaluador le va a explicar en lo que consiste cada prueba y le dará las instrucciones necesarias para que los pueda llevar a cabo. De manera general lo que se evalúa son funciones cognitivas, personalidad y situaciones de recaída.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ MI PARTICIPACIÓN?

Si acepta participar en este estudio el psicólogo/a le citará para varias sesiones (normalmente dos), en función de las características individuales de cada persona. En

dichas sesiones se le aplicarán las pruebas que conforman el estudio hasta su finalización.

CONFIDENCIALIDAD

Su participación será en todo momento confidencial. Todos los datos de la evaluación son estrictamente confidenciales y sólo tendrán acceso los evaluadores, así como el personal autorizado para garantizar la calidad y el análisis de los datos, tal y como obliga la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. Su nombre, por lo tanto, no aparecerá en ningún cuaderno de recogida de datos, ni en ninguna información o publicación de la evaluación. Los datos que se recojan se codificarán en una base de datos y se mantendrá la confidencialidad de la información de todos los participantes.

¿QUÉ BENEFICIOS OBTENDRÉ DE MI PARTICIPACIÓN?

El hecho de participar en el estudio no tiene un beneficio directo para los participantes, a excepción de que una vez finalizado el estudio, en el caso de que la persona lo solicite, se le aportará un informe de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas.

¿SUPONE ALGUNA MOLESTIA PARA MÍ?

Como hemos dicho anteriormente la participación en el estudio es voluntaria y la única molestia que puede ocasionarle es el tiempo que tendrá que dedicar a cada una de las pruebas del estudio.

¿A QUIÉN PUEDO DIRIGIRME PARA PEDIR MÁS INFORMACIÓN?

Para más información puede ponerse en contacto con el director de esta Tesis, que es el Dr. Vicente Merino Barragán, en el teléfono 980548200, Extensión: 48882, en horario de mañanas.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Yo (nombre y apellidos):

He leído la hoja informativa que se me ha entregado

He tenido la oportunidad de hacer preguntas

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con el investigador: Belén Navarrete Santamaría

Entiendo que mi participación es voluntaria

Entiendo que los resultados de las pruebas que me apliquen serán revisadas por los investigadores y futuros evaluadores e investigadores, manteniéndose en todo momento la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 15/199, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Doy mi conformidad para participar en el estudio a través de mi firma:

Firma del participante

fecha

Firma del investigador

fecha

ANEXO II

FICHA DE DATOS

ENTREVISTA INICIAL

1. Nombre y Apellidos:
2. Edad:
3. Sexo:
4. Estado civil:
5. Estudios realizados (años de escolarización):
6. Período de abstinencia: SI NO
7. En caso de que conteste que SI, que indique el periodo más largo que ha estado sin consumir:
8. Número de veces que ha recaído:
9. Tratamientos anteriores: SI, ¿de qué tipo? NO
10. Tratamiento farmacológico:
11. Lugar de derivación (UTA o ARZA)
12. Años de consumo de alcohol:
13. Otros trastornos mentales:
14. Observaciones a destacar durante el estudio:

ANEXO III

ESCALA D INTELIGENCIA D WECHSLER PARA ADULTOS-III.
WAIS-III

Nombre y apellidos _____

Examinador _____

Edad _____

Fecha de examen _____

1 Figuras incompletas



TIEMPO LÍMITE

20 segundos
cada elemento



RETORNO

Con 0 en elementos 6 ó 7, aplicar
elementos 1 a 5 en orden inverso
hasta obtener 2 aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

5 puntuaciones
consecutivas de 0



PUNTUACIÓN

Todos los
elementos: 0 ó 1

Respuesta del sujeto al elemento

«P», pregunta del examinador

(hacer cada pregunta una sola vez en todo el examen)

Nombra los objetos y no lo ausente

«Sí, pero, ¿qué es lo que falta?»

Menciona algo que no aparece en el dibujo
(por ejemplo, piernas en el elemento 14)

«Falta algo en el dibujo. ¿Qué es lo que falta?»

Menciona algo sin importancia que falta

«Sí, pero, ¿cuál es la parte más importante que falta?»

Si responde correctamente después de la «P», se concede 1 punto.

Elemento	Respuesta	Punt.
1 Peine		0 1
2 Mesa		0 1
3 Cara		0 1
4 Maletín		0 1
5 Tren		0 1
6 Puerta		0 1
7 Gafas		0 1
8 Jarra		0 1
9 Alicates		0 1
10 Hoja		0 1
11 Tarta		0 1
12 Carrera		0 1
13 Chimenea		0 1

COMENZAR →

Elemento	Respuesta	Punt.
14 Espejo		0 1
15 Silla		0 1
16 Rosas		0 1
17 Cuchillo		0 1
18 Barca		0 1
19 Cesta		0 1
20 Ropas		0 1
21 Taquillas		0 1
22 Vaca		0 1
23 Deportivas		0 1
24 Mujer		0 1
25 Granero		0 1
Puntuación directa (máxima = 25)		

2

Vocabulario



RETORNO

Con 0 ó 1 en elementos 4 ó 5, aplicar elementos 1 a 3 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

6 puntuaciones consecutivas de 0



PUNTUACIÓN

Todos los elementos: 0, 1 ó 2

COMENZAR

Elemento		Respuesta	Punt.		
1	Cama		0	1	2
2	Barco		0	1	2
3	Desayuno		0	1	2
4	Invierno		0	1	2
5	Reunir		0	1	2
6	Reparar		0	1	2
7	Ayer		0	1	2
8	Meditar		0	1	2
9	Consumir		0	1	2
10	Santuario		0	1	2
11	Impedir		0	1	2
12	Repugnancia		0	1	2
13	Rechazo		0	1	2
14	Confiar		0	1	2
15	Generar		0	1	2

Elemento	Respuesta	Punt.		
16	Fortaleza	0	1	2
17	Evolucionar	0	1	2
18	Manada	0	1	2
19	Moroso	0	1	2
20	Sentencia	0	1	2
21	Perímetro	0	1	2
22	Compasión	0	1	2
23	Remordimiento	0	1	2
24	Peculiar	0	1	2
25	Designar	0	1	2
26	Reacio	0	1	2
27	Tangible	0	1	2
28	Plagiar	0	1	2
29	Distinción	0	1	2
30	Audaz	0	1	2
31	Épico	0	1	2
32	Panegírico	0	1	2
33	Ominoso	0	1	2

Puntuación directa
(máxima=66)

3

Clave de números - Codificación

1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	⊥	⊏	└	└	○	∧	×	=

Ejemplos

2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4

5	6	3	1	4	1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3

7	2	8	1	9	5	8	4	7	3	6	2	5	1	9	2	8	3	7	4

6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7	9	2	8	1	7

9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

2	7	3	6	5	1	9	8	4	5	7	3	1	4	8	7	9	1	4	5

7	1	8	2	9	3	6	7	2	8	5	2	3	1	4	8	4	2	7	6

Clave de números - Aprendizaje incidental

E.

5	1	8	2	9	4	6	3	7

8	5	6	3	1	9	4	7	2

M.L.

Clave de números - Copia

Ejemplos

1	-	□	∧	1	L	X	1	-	□	1	-	1	1	□	1	□	-	1

□	○	□	-	1	-	□	1	∧	○	□	□	∧	1	X	□	1	○	□

∧	1	X	-	=	□	X	∧	□	○	1	□	-	=	1	X	□	∧	1

○	□	=	1	X	□	∧	1	○	-	□	1	○	□	∧	=	1	X	-	∧

=	1	○	X	□	=	∧	-	X	□	1	=	1	X	○	□	∧	=	X	○

1	∧	□	○	□	-	=	X	1	□	∧	□	-	1	X	∧	=	-	1	□

∧	-	X	1	=	□	○	∧	1	X	□	1	□	-	1	X	1	1	∧	○

3

Clave de números

CODIFICACIÓN



TERMINACIÓN
120 seg. (o 4 filas)



Tiempo límite	120"
Tiempo empleado	
Puntuación directa	(máxima=133)

Clave de números

APRENDIZAJE INCIDENTAL (OPCIONAL)



TERMINACIÓN
Se aplican ambas filas

	Puntuación
	(máxima=18)
Emparejamiento	
	(máxima=9)
Memoria libre	

Clave de números

COPIA (OPCIONAL)



TERMINACIÓN
90 segundos



Tiempo límite	90"
Tiempo empleado	
Puntuación directa	(máxima=133)

4

Semejanzas



RETORNO

Con 0 ó 1 en elementos 6 ó 7, aplicar elementos 1 a 5 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

4 puntuaciones consecutivas de 0



PUNTUACIÓN

Elem. 1 a 5: 0 ó 1 punto
Elem. 6 a 19: 0, 1 ó 2 puntos

COMENZAR

Elemento	Respuesta	Punt.
1 Naranja-Pera		0 1
2 Chaqueta-Pantalón		0 1
3 Perro-León		0 1
4 Calcetines-Zapatos		0 1
5 Tenedor-Cuchara		0 1
6 Mesa-Silla		0 1 2
7 Barco-Automóvil		0 1 2
8 Piano-Tambor		0 1 2
9 Ojo-Oído		0 1 2
10 Aire-Agua		0 1 2
11 Ordenador-Libro		0 1 2
12 Poema-Estatua		0 1 2
13 Mosca-Árbol		0 1 2
14 Huevo-Semilla		0 1 2
15 Vapor-Niebla		0 1 2
16 Amigo-Enemigo		0 1 2
17 Hibernación-Migración		0 1 2
18 Premio-Castigo		0 1 2
19 Trabajo-Juego		0 1 2
	Puntuación directa (máxima=33)	

7

5

Cubos



RETORNO

Con 0 ó 1 punto en los elementos 5 ó 6, aplicar los elementos 1 a 4 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

3 puntuaciones consecutivas de 0



PUNTUACIÓN Elem. 1-6:

Dibujo correcto 1^{er} intento = 2
 Dibujo correcto 2^o intento = 1
 Dibujo incorr. 1^{er} y 2^o intentos = 0

PUNTUACIÓN Elem. 7-14:

Rodear la puntuación adecuada (máximo 7 puntos)

COMENZAR →

Dibujo	Tiempo límite	Dibujo incorrecto		Tiempo empleado	Dibujo correcto			Puntuación (rodear)					
		Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
1	30"	Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
2	30"	Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
3	30"	Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
4	30"	Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
5	60"	Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
6	60"	Intento 1	Intento 2		Sí	NO	0	Intento 2 1	Intento 1 2				
7	60"				Sí	NO	0			16"-60" 4	11"-15" 5	6"-10" 6	1"-5" 7
8	60"				Sí	NO	0			16"-60" 4	11"-15" 5	6"-10" 6	1"-5" 7
9	60"				Sí	NO	0			21"-60" 4	16"-20" 5	11"-15" 6	1"-10" 7
10	120"				Sí	NO	0			36"-120" 4	26"-35" 5	21"-25" 6	1"-20" 7
11	120"				Sí	NO	0			66"-120" 4	46"-65" 5	31"-45" 6	1"-30" 7
12	120"				Sí	NO	0			76"-120" 4	56"-75" 5	41"-55" 6	1"-40" 7
13	120"				Sí	NO	0			76"-120" 4	56"-75" 5	41"-55" 6	1"-40" 7
14	120"				Sí	NO	0			66"-120" 4	46"-65" 5	36"-45" 6	1"-35" 7

Puntuación directa (máxima=68)

EXAMINADOR

6 Aritmética



RETORNO

Con 0 puntos en los elementos 5 ó 6, aplicar elementos 1 a 4 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

4 puntuaciones consecutivas de 0



PUNTUACIÓN

Elementos 1 a 18: 0 ó 1 punto

Elementos 19 y 20: 0, 1 ó 2 puntos

Elem.	Tiempo límite	Tiempo empleado	Resp. correcta	Resp. dada	Puntuación	
1	15"		3		0	1
2	15"		7		0	1
3	15"		5		0	1
4	15"		2		0	1
5	15"		9		0	1
6	15"		4		0	1
7	30"		150		0	1
8	30"		6		0	1
9	30"		8		0	1
10	30"		49,5		0	1
11	30"		10,5		0	1
12	60"		186		0	1
13	60"		83		0	1
14	60"		3,60		0	1
15	60"		750		0	1
16	60"		51		0	1
17	60"		13		0	1
18	60"		5		0	1
19	60"		1/4		0	1 ^{1"-60"} 1 ^{1"-10"}
20	120"		96		0	1 ^{11"-120"} 1 ^{1"-10"} 2
					Puntuación directa (máxima=22)	

7 Matrices



RETORNO

Con 0 en elementos 4 ó 5, aplicar los elementos 1 a 3 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

4 puntuaciones consecutivas de 0 ó

4 puntuaciones de 0 en 5 elementos consecutivos



PUNTUACIÓN (Elementos A, B y C no puntúan)

Todos los demás elementos: 0 ó 1 punto

NOTA. Las respuestas correctas aparecen en los recuadros con trama. Aplicar los elementos A, B y C a todos.

Elem.	Respuesta (rodear)						Punt.
A	1	2	3	4	5	Nc	
B	1	2	3	4	5	Nc	
C	1	2	3	4	5	Nc	
1	1	2	3	4	5	Nc	0 1
2	1	2	3	4	5	Nc	0 1
3	1	2	3	4	5	Nc	0 1
4	1	2	3	4	5	Nc	0 1
5	1	2	3	4	5	Nc	0 1
6	1	2	3	4	5	Nc	0 1
7	1	2	3	4	5	Nc	0 1
8	1	2	3	4	5	Nc	0 1
9	1	2	3	4	5	Nc	0 1
10	1	2	3	4	5	Nc	0 1
11	1	2	3	4	5	Nc	0 1
12	1	2	3	4	5	Nc	0 1
13	1	2	3	4	5	Nc	0 1
14	1	2	3	4	5	Nc	0 1
15	1	2	3	4	5	Nc	0 1
16	1	2	3	4	5	Nc	0 1
17	1	2	3	4	5	Nc	0 1
18	1	2	3	4	5	Nc	0 1
19	1	2	3	4	5	Nc	0 1
20	1	2	3	4	5	Nc	0 1
21	1	2	3	4	5	Nc	0 1
22	1	2	3	4	5	Nc	0 1
23	1	2	3	4	5	Nc	0 1
24	1	2	3	4	5	Nc	0 1
25	1	2	3	4	5	Nc	0 1
26	1	2	3	4	5	Nc	0 1
							Puntuación directa (máxima=26)

8 Dígitos



TERMINACIÓN: Puntuación 0 en los dos intentos de cualquier elemento. Aplicar los dos intentos de cada elemento aunque se haga bien el primero. Aplicar el orden inverso aunque se falle en el orden directo



PUNTUACIÓN

En cada intento: 0 ó 1 punto en cada respuesta
Puntuación del elemento: Intento 1 + Intento 2

COMENZAR

	ORDEN DIRECTO	Punt. intento	Puntuación elemento
1	1 1-7	0 1	0 1 2
	2 6-3	0 1	
2	1 5-8-2	0 1	0 1 2
	2 6-9-4	0 1	
3	1 6-4-3-9	0 1	0 1 2
	2 7-2-8-6	0 1	
4	1 4-2-7-3-1	0 1	0 1 2
	2 7-5-8-3-6	0 1	
5	1 6-1-9-4-7-3	0 1	0 1 2
	2 3-9-2-4-8-7	0 1	
6	1 5-9-1-7-4-2-8	0 1	0 1 2
	2 4-1-7-9-3-8-6	0 1	
7	1 5-8-1-9-2-6-4-7	0 1	0 1 2
	2 3-8-2-9-5-1-7-4	0 1	
8	1 2-7-5-8-6-2-5-8-4	0 1	0 1 2
	2 7-1-3-9-4-2-5-6-8	0 1	

Puntuación orden directo
(máxima=16)

	ORDEN INVERSO	Punt. intento	Puntuación elemento
1	1 2-4	0 1	0 1 2
	2 5-7	0 1	
2	1 6-2-9	0 1	0 1 2
	2 4-1-5	0 1	
3	1 3-2-7-9	0 1	0 1 2
	2 4-9-6-8	0 1	
4	1 1-5-2-8-6	0 1	0 1 2
	2 6-1-8-4-3	0 1	
5	1 5-3-9-4-1-8	0 1	0 1 2
	2 7-2-4-8-5-6	0 1	
6	1 8-1-2-9-3-6-5	0 1	0 1 2
	2 4-7-3-9-1-2-8	0 1	
7	1 9-4-3-7-6-2-5-8	0 1	0 1 2
	2 7-2-8-1-9-6-5-3	0 1	

Puntuación orden inverso
(máxima=14)

	+		=	
--	---	--	---	--

Puntuación orden directo + Puntuación orden inverso = Total (máxima=30)

9 Información



RETORNO: Con 0 en los elementos 4 ó 5 aplicar los elementos 1 a 4 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN: 6 puntuaciones de 0 consecutivas



PUNTUACIÓN: En todos los elementos: 0 ó 1 punto

COMENZAR

	Elemento	Respuesta	Punt.
1	Sábado		0 1
2	Edad		0 1
3	Pelota		0 1
4	Meses		0 1
5	Termómetro		0 1
6	Quijote		0 1
7	Sahara		0 1
8	Sol		0 1
9	Egipto		0 1
10	Japón		0 1
11	Capilla Sixtina		0 1
12	Juegos Olímpicos		0 1
13	Continentes		0 1
14	Cleopatra		0 1
15	Agua		0 1
16	Fleming		0 1
17	Corán		0 1
18	Luna		0 1
19	Relatividad		0 1
20	Gandhi		0 1
21	Génesis		0 1
22	Curie		0 1
23	Luz		0 1
24	Carlomagno		0 1
25	Catalina		0 1
26	Fausto		0 1
27	Habitantes de la Tierra		0 1
28	Línea de los días		0 1

Puntuación directa
(máxima=28)

10

Historietas



TERMINACIÓN

4 puntuaciones consecutivas de 0 empezando en elem. 2



PUNTUACIÓN

Elem. 1: 2 puntos por acierto en intento 1 y 1 punto por acierto en intento 2
Elem. 2 a 11: Marcar la puntuación adecuada (máxima 2 puntos por elemento)

Nota. Las claves anotadas junto al nº del elemento indican el orden correcto. Por ejemplo, en 2 el sujeto debe dar el orden 1234. El elemento 7 permite las respuestas 123456 y 234561. Los elementos 5 a 9 admiten respuestas que reciben 1 punto (p.ej.: 4123 en elemento 6)

COMENZAR

	Respuesta de 2 puntos		Respuesta de 1 punto	Tiempo límite	Respuesta dada	Tiempo empleado	Punt.		
		Intento 1					0	1	2
1	123 (Casa)	Intento 1		30"			0	1	2
		Intento 2		30"					
2	1234 (Amasar)			45"			0		2
3	12345 (Puerta)			60"			0		2
4	12345 (Perro)			60"			0		2
5	12345 (Lavandería)		51234	90"			0	1	2
6	1234 (Preso)		4123	90"			0	1	2
7	123456 / 234561 (Maniquí)		126345	120"			0	1	2
8	12345 (Atraco)		12435	120"			0	1	2
9	12345 (Coro)		21345	120"			0	1	2
10	12345 (Discurso)			120"			0		2
11	12345 (Tiburón)			120"			0		2
Puntuación directa (máxima=22)									

11

Comprensión



RETORNO

Con 0 ó 1 en elementos 4 ó 5, aplicar elementos 1 a 3 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos



TERMINACIÓN

4 puntuaciones consecutivas de 0



PUNTUACIÓN

Elem. 1 a 3: 0 ó 1 punto
Elem. 4 a 18: 0, 1 ó 2 puntos

COMENZAR

Elemento	Respuesta	Punt.		
1 Dinero		0	1	
2 Reloj		0	1	
3 Lavar ropa		0	1	
4 Sobre con sellos		0	1	2
5 Perro ladrador		0	1	2

Elemento	Respuesta	Punt.		
6 Impuestos		0	1	2
7 Sordos-hablar		0	1	2
8 Receta médica		0	1	2
9 Trabajo niños*		0	1	2
10 Testigos en la boda		0	1	2
11 Título profesional		0	1	2
12 Terreno en la ciudad		0	1	2
13 Estudiar Historia*		0	1	2
14 Perdido en bosque		0	1	2
15 Cocinar alimentos*		0	1	2
16 Libertad condicional*		0	1	2
17 Golondrina-verano		0	1	2
18 A Dios rogando		0	1	2

* Si el sujeto indica sólo una idea, se le pide una segunda:
«Dígame otra razón que lo explique»

Puntuación directa
(máxima=33)

12

Búsqueda de símbolos



TERMINACIÓN

A los 120 segundos

Tiempo límite	120 seg.
Tiempo empleado	
Número de aciertos	
Número de errores	
Puntuación directa (máxima=60)	

12

12 Búsqueda de símbolos

Elementos de ejemplo

\oplus \ominus	\oplus \perp \sphericalangle \top \sim	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
$\#$ \boxplus	\cup \boxplus \perp \rightarrow \otimes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\rightarrow \perp	$\#$ \cup \rceil \approx \boxplus	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Elementos de práctica

$\#$ \sphericalangle	\rightarrow $\#$ \pm \sphericalangle \ominus	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\rceil \approx	\perp \sim \cup \oplus \approx	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\approx \ominus	\cup \pm \perp $\#$ \rceil	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

$>$ \neq	$>$ ∂ \odot \sqcup \cup	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\uparrow \perp	∂ \otimes \neq \triangleleft \ominus	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\cup \cup	\Rightarrow \neg \boxplus \neq \uparrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\perp \neq	$=$ $\bar{\cup}$ \sqcup \ominus \perp	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\perp \neq	\top \oplus \neq \perp \neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\rightarrow \approx	\S \leftrightarrow \rightarrow \ominus \neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\Rightarrow \dagger	\pm \approx \neq \otimes \cup	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\sqcup \triangleright	\triangleright \top ∂ \perp \perp	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neq \dagger	\otimes \cup \neg \dagger \neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neg \neq	\Rightarrow \neq \neq \otimes \Rightarrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neq \neg	\pm \perp \neg \otimes \otimes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\dagger \neg	\S \S \Rightarrow \rightarrow \pm	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\boxplus \otimes	\odot \boxplus \otimes \otimes \neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\Rightarrow \dagger	\pm \approx \neq \otimes \cup	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\sqcup \triangleleft	\neq \oplus \triangleleft \neg \top	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO










































































































Aciertos Errores

↕ △	1 ∪ ∩ ∇ =	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
⊥ T	↕ = T ⊥ T	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
∇ ∩	≠ ∩ ∩ ⊕ ∇	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
∪ ∩	∩ = ∩ ∪ ≠	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
≠ ∩	∪ ∩ ∩ T ≠	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
∩ △	T ∩ ∩ ⊥ ⊥	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
⊥ ∪	∩ ⊥ ∩ ∪ 8	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
⊥ △	8 = ∩ ∇ △	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
⊥ ⊗	⊥ ⊥ ∩ ⊗ ∪	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
↕ △	1 ∪ ∩ ∇ =	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
∩ ⊗	∩ ∪ ∩ ⊗ ⊕	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1 ≠	T ∩ ∩ ∩ ∪	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
∪ ∪	= ∪ ∩ ⊥ ∪	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
1 ∩	∪ T ∩ ∩ ⊥	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
∪ ∇	△ ∩ ∪ ⊥ ∩	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Aciertos Errores

		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Aciertos Errores

 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
 	    	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Aciertos Errores

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

13

Letras y números



TERMINACIÓN

0 puntos en los tres intentos de un elemento



PUNTUACIÓN

0 ó 1 en cada respuesta
Puntuación en cada elemento =
Intento 1 + Intento 2 + Intento 3

COMENZAR

Intento	Elemento	Respuesta correcta	Punt. intento		Puntuación elemento			
			0	1	0	1	2	3
1	L-2	2-L	0	1	0	1	2	3
	6-P	6-P	0	1				
	B-5	5-B	0	1				
2	F-7-L	7-F-L	0	1	0	1	2	3
	R-4-D	4-D-R	0	1				
	H-1-8	1-8-H	0	1				
3	T-9-A-3	3-9-A-T	0	1	0	1	2	3
	V-1-J-5	1-5-J-V	0	1				
	7-N-4-L	4-7-L-N	0	1				
4	8-D-6-G-1	1-6-8-D-G	0	1	0	1	2	3
	K-2-C-7-S	2-7-C-K-S	0	1				
	5-P-3-Y-9	3-5-9-P-Y	0	1				
5	M-4-E-7-Q-2	2-4-7-E-M-Q	0	1	0	1	2	3
	W-8-H-5-F-3	3-5-8-F-H-W	0	1				
	6-G-9-A-2-S	2-6-9-A-G-S	0	1				
6	R-3-B-4-Z-1-C	1-3-4-B-C-R-Z	0	1	0	1	2	3
	5-T-9-J-2-X-7	2-5-7-9-J-T-X	0	1				
	E-1-H-8-R-4-D	1-4-8-D-E-H-R	0	1				
7	5-H-9-S-2-N-6-A	2-5-6-9-A-H-N-S	0	1	0	1	2	3
	D-1-R-9-B-4-K-3	1-3-4-9-B-D-K-R	0	1				
	7-M-2-T-6-F-1-Z	1-2-6-7-F-M-T-Z	0	1				

Puntuación directa
(máxima=21)

14

Rompecabezas (OPCIONAL)



TERMINACIÓN

Se aplican todos los elementos



PUNTUACIÓN

Anotar el tiempo en segundos y el número de uniones correctamente hechas. Aplicar las bonificaciones y pesos. Rodear la puntuación obtenida

COMENZAR

Elemento	Tiempo límite	Tiempo empleado	Nº de uniones correctas	Peso	Puntuación (rodear)												
					0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Hombre	120"		(0 a 5)	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8				
2 Perfil	120"		(0 a 9)	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3 Elefante	180"		(0 a 8)	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
4 Casa	180"		(0 a 14)	1/2*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5 Mariposa	180"		(0 a 8)	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

* Redondear las puntuaciones al entero superior

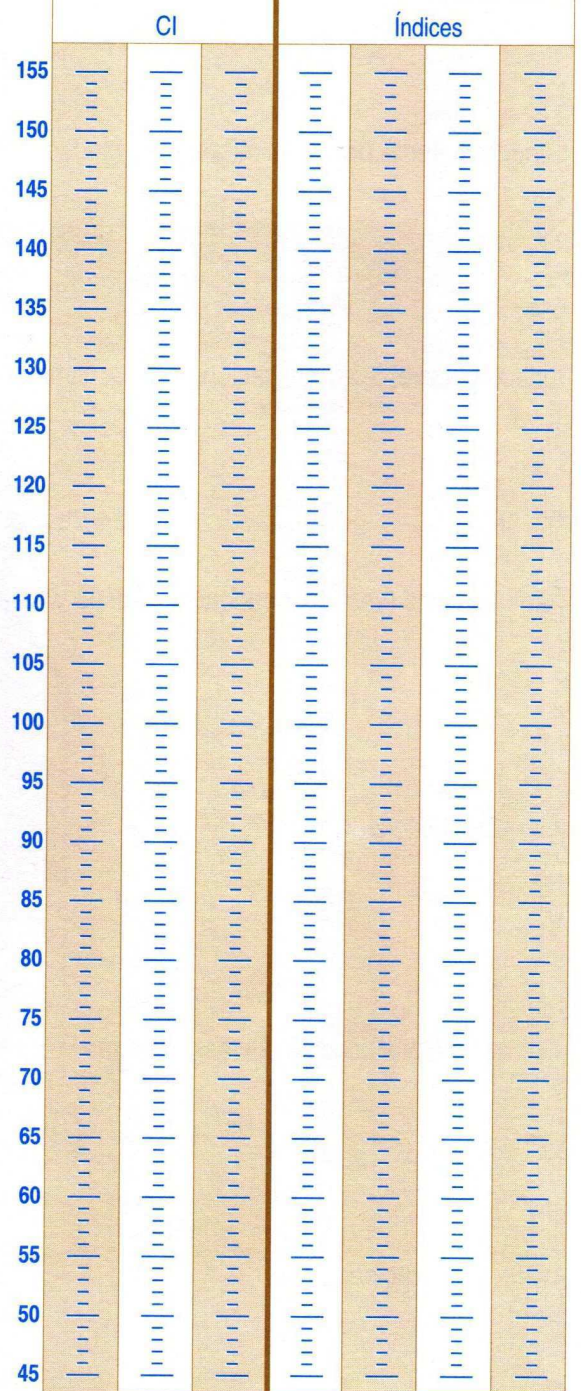
Puntuación directa
(máxima=52)

PERFIL

CUADRO DE PUNTUACIONES COMPUESTAS

PUNTUACIONES	CIV	CIM	CIT	CV	OP	MT	VP
Suma de puntuaciones escalares							
CI/índices							
Centiles							
Intervalo de confianza							
al _____ %							

ESCALA VERBAL							ESCALA MANIPULATIVA						
CV				MT			OP				VP		
V	S	I	C	A	D	L	HI	FI	CC	MA	CN	BS	RO
19	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-



CONVERSIÓN DE PUNTUACIONES

TEST	PD	Puntuaciones escalares según la edad						Grupo de referencia (20-34 años)
		Verbal	Manipul.	CV	OP	MT	VP	
FI - Figuras Incompletas								
V - Vocabulario								
CN - Clave de números								
S - Semejanzas								
CC - Cubos								
A - Aritmética								
MA - Matrices								
D - Dígitos								
I - Información								
HI - Historietas								
C - Comprensión								
BS - Búsqueda de símbolos			()					
L - Letras y números		()						
RO - Rompecabezas			()					
Suma de puntuaciones escalares								
		Verbal	Manipul.	CV	OP	MT	VP	

CUADRO DE PUNTUACIONES ESCALARES

Pe total de la Escala (Verbal + Manipulativa)

	Verbal	Manipul.	TOTAL
Sumas			=
Nº de tests			÷
Punt. media			Media global

Consultar tablas A.1 a A.7

APLICACIONES OPCIONALES

Test	PD	Centil
Clave de números (Aprendizaje incidental)	EMPAREJAMIENTO	
	MEMORIA LIBRE	
Clave de números (Copia)		

Consultar tabla A.15

CUADRO DE PUNTOS FUERTES Y DÉBILES

TEST	PUNTUACIÓN ESCALAR	MEDIA	DISTANCIA A LA MEDIA	NIVEL DE CONFIANZA AL _____ %	PUNTO FUERTE (+)	PUNTO DÉBIL (-)	CENTIL
V - Vocabulario							
S - Semejanzas							
A - Aritmética							
D - Dígitos							
I - Información							
C - Comprensión							
L - Letras y números							
FI - Figuras incompletas							
CN - Clave de números							
CC - Cubos							
MA - Matrices							
HI - Historietas							
BS - Búsqueda de símbolos							
RO - Rompecabezas							

OPCIONES: (SELECCIONE UNA)

- Comparación con la media verbal y la media manipulativa
- Comparación con la media global

Consultar tablas B.3.1 y B.3.2

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD

CUADRO DE COMPARACIONES

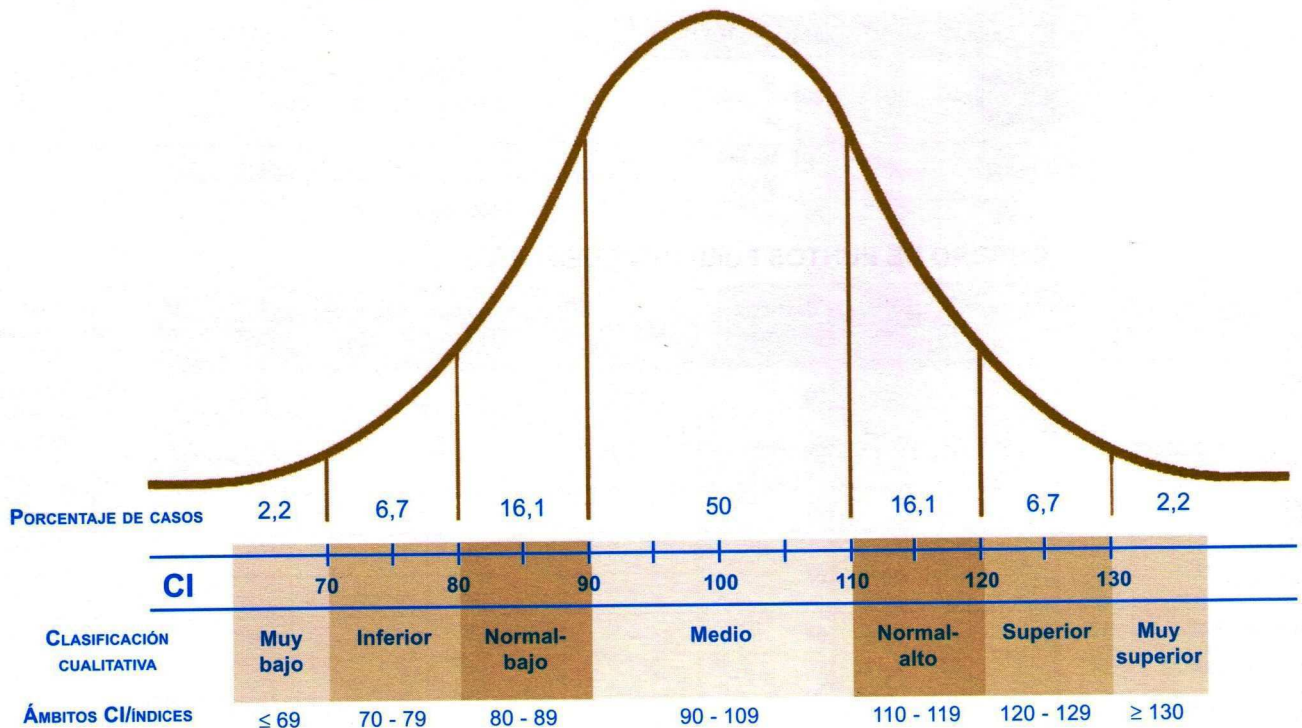
COMPARACIÓN		Puntuación 1	Puntuación 2	Diferencia	Nivel de confianza al _____ %	Centil
PUNTUACIONES COMPUESTAS	CI verbal - CI manipulativo	CIV=	CIM=			
	Comprensión verbal - Organización perceptiva	CV=	OP=			
	Comprensión verbal - Memoria de trabajo	CV=	MT=			
	Comprensión verbal - Velocidad de proceso	CV=	VP=			
	Organización perceptiva - Memoria de trabajo	OP=	MT=			
	Organización perceptiva - Velocidad de proceso	OP=	VP=			
	Memoria de trabajo - Velocidad de proceso	MT=	VP=			

RESULTADOS EN DÍGITOS ORDEN DIRECTO (Dd) Y ORDEN INVERSO (Di)

DÍGITOS	Serie recordada más larga en Dd				
	Serie recordada más larga en Di				
	Diferencia Dd - Di	Dd=	Di=		

Consultar tablas B.1, B.2, B.6 y B.7

ÁREAS BAJO LA CURVA NORMAL



Autor: D. Wechsler - Copyright © 1997 by The Psychological Corporation, San Antonio, TX, U.S.A.

Copyright edición española © 1999 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

Nombre y apellidos

Sexo Varón Mujer

Dirección

Nivel educativo

Examinador

	Año	Mes	Día
Fecha de examen			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Motivo de la consulta

Lengua materna del examinando y, en su caso, nivel de conocimiento del español

Actitud hacia el test (motivación, interés, clima en la relación y reacción ante los aciertos o fracasos)

Aspecto físico (vestido, apariencia, higiene y características físicas)

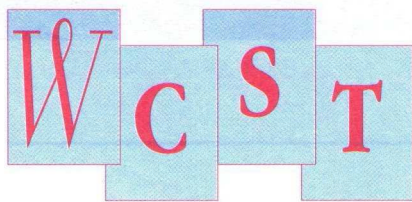
Atención y concentración

Deficiencias visuales, auditivas y motoras

Otras observaciones

ANEXO IV

TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN



TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE *Wisconsin*

Hoja de anotación

Nombre _____

Sexo V M

Lateralidad D I

Ocupación _____

Nivel de estudios _____

Examinado por _____

	Año	Mes	Día
Fecha de examen			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

PROBLEMA DE REFERENCIA:

ANTECEDENTES. ENFERMEDADES ACTUALES:

MEDICACIÓN/DOSIS:

OBSERVACIONES SOBRE LA CONDUCTA:

ACTITUD DURANTE LA APLICACIÓN

- RELACIÓN** Excelente Buena Pasable Mala
- COOPERACIÓN** Excelente Adecuada Variable Forzada Inexistente
- ESFUERZO** Excelente Adecuado Pasable Variable Malo

SECUENCIA DE CATEGORÍAS

CFNCFN

1	C	F	N	O
2	C	F	N	O
3	C	F	N	O
4	C	F	N	O
5	C	F	N	O
6	C	F	N	O
7	C	F	N	O
8	C	F	N	O
9	C	F	N	O
10	C	F	N	O
11	C	F	N	O
12	C	F	N	O
13	C	F	N	O
14	C	F	N	O
15	C	F	N	O
16	C	F	N	O
17	C	F	N	O
18	C	F	N	O
19	C	F	N	O
20	C	F	N	O
21	C	F	N	O
22	C	F	N	O
23	C	F	N	O
24	C	F	N	O
25	C	F	N	O
26	C	F	N	O
27	C	F	N	O
28	C	F	N	O
29	C	F	N	O
30	C	F	N	O
31	C	F	N	O
32	C	F	N	O

33	C	F	N	O
34	C	F	N	O
35	C	F	N	O
36	C	F	N	O
37	C	F	N	O
38	C	F	N	O
39	C	F	N	O
40	C	F	N	O
41	C	F	N	O
42	C	F	N	O
43	C	F	N	O
44	C	F	N	O
45	C	F	N	O
46	C	F	N	O
47	C	F	N	O
48	C	F	N	O
49	C	F	N	O
50	C	F	N	O
51	C	F	N	O
52	C	F	N	O
53	C	F	N	O
54	C	F	N	O
55	C	F	N	O
56	C	F	N	O
57	C	F	N	O
58	C	F	N	O
59	C	F	N	O
60	C	F	N	O
61	C	F	N	O
62	C	F	N	O
63	C	F	N	O
64	C	F	N	O

1	C	F	N	O
2	C	F	N	O
3	C	F	N	O
4	C	F	N	O
5	C	F	N	O
6	C	F	N	O
7	C	F	N	O
8	C	F	N	O
9	C	F	N	O
10	C	F	N	O
11	C	F	N	O
12	C	F	N	O
13	C	F	N	O
14	C	F	N	O
15	C	F	N	O
16	C	F	N	O
17	C	F	N	O
18	C	F	N	O
19	C	F	N	O
20	C	F	N	O
21	C	F	N	O
22	C	F	N	O
23	C	F	N	O
24	C	F	N	O
25	C	F	N	O
26	C	F	N	O
27	C	F	N	O
28	C	F	N	O
29	C	F	N	O
30	C	F	N	O
31	C	F	N	O
32	C	F	N	O

33	C	F	N	O
34	C	F	N	O
35	C	F	N	O
36	C	F	N	O
37	C	F	N	O
38	C	F	N	O
39	C	F	N	O
40	C	F	N	O
41	C	F	N	O
42	C	F	N	O
43	C	F	N	O
44	C	F	N	O
45	C	F	N	O
46	C	F	N	O
47	C	F	N	O
48	C	F	N	O
49	C	F	N	O
50	C	F	N	O
51	C	F	N	O
52	C	F	N	O
53	C	F	N	O
54	C	F	N	O
55	C	F	N	O
56	C	F	N	O
57	C	F	N	O
58	C	F	N	O
59	C	F	N	O
60	C	F	N	O
61	C	F	N	O
62	C	F	N	O
63	C	F	N	O
64	C	F	N	O

I. RESUMEN DE PUNTUACIONES

DIMENSIONES	Puntuación directa	Puntuación típica	Puntuación T	Puntuación centil
Nº de intentos aplicados				
Respuestas correctas				
Nº total de errores				
Porcentaje de errores				
Respuestas perseverativas				
Porcentaje respuestas perseverativas				
Errores perseverativos				
Porcentaje errores perseverativos				
Errores no perseverativos				
Porcentaje errores no perseverativos				
Respuestas de nivel conceptual				
Porcentaje respuestas de nivel conceptual				

II. OTRAS PUNTUACIONES

	Puntuación directa	Puntuación centil
Nº de categorías completas		
Intentos para completar la 1ª categoría		
Fallos para mantener la actitud		
Aprender a aprender		

BAREMO UTILIZADO



III. CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN «APRENDER A APRENDER»

Nº de la categoría	Nº de intentos	Errores	Porcentaje de errores	Diferencia entre porcentajes de errores
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Diferencia media				

Observaciones:

Observaciones	Criterios	Evidencias



Copyright © 1981, 1983, 1993 by The Psychological Assessment Resources, Inc. / P.O. Box 998 / Odessa, FL 33556.
Copyright © 1997 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - *Este ejemplar está impreso en tintas azul y magenta. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Printed in Spain. Impreso en España por: CIPSA - Depósito legal: M -45.829 - 1997.

ANEXO V

ESCALA BADS Y CUESTIONARIO DEX



Thames Valley
Test Company

B A D S

Scoring sheet

Subject and test details

Name

Age

Date of test

Before you start the test battery

- Ensure that you have all the test materials, a stopwatch, a tape recorder, set of coloured pens, a pencil, eraser, spare paper, and water for the action program.

Profile score summary

Test 1: Rule shift cards

Test 2: Action program

Test 3: Key search

Test 4: Temporal judgement

Test 5: Zoo map

Test 6: Modified six elements

Total profile score (max = 24)

Standardised score

(Manual Table 5, p.16)

Age corrected standardised score

(Manual Table 5, p.16)

Overall classification

- Impaired
- Borderline
- Low average
- Average
- High Average
- Superior
- Very superior

Test 1: Rule shift cards

For full text and procedure see Manual p. 8

Trial 1

- Put the playing card booklet, unopened, between you and the subject and have the rule sheet ready.
- *'This is a booklet of playing cards. I am going to turn over...'*
- Place Rule 1 in front of the subject ('Say 'yes' to red, 'no' to black').
- Remember to omit page 0 for this trial – start with the 2 of ♠.
- Time the trial.

	Correct response	Subject's response	Total errors
1	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Time taken

Note that Trial 1 is not used to calculate the profile score

Trial 2

- *'I am going to turn over the set of cards again now...'*
- Place Rule 2 in front of the subject ('Say 'yes' if the card is the same colour as the last one, otherwise say 'no').
- Remember to start on page 0 – the 4 of ♥.
- Time the trial.

	Correct response	Subject's response	Total errors	Profile score
1	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	N	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total errors	Profile score
0	4
1-3	3
4-6	2
7-9	1
≥10	0

Time taken

If time taken is greater than 67 seconds subtract 1 from profile score

Total profile score

Test 2: Action program

For full text and procedure see Manual p. 8

- Fill the beaker to two-thirds full of water (out of sight of the subject) and place the equipment in front of the subject.
- 'If you look at the bottom of this tube you will see a small cork...'
- Start stopwatch
- If necessary, prompt after 2 minutes 'I'll give you some help', and remove the lid with the wire hook. 'Try to complete the task now.'
- If necessary, prompt after a further 2 minutes by attaching the screw top to the container.

Tick each stage completed independently

- Removes lid from beaker using wire hook
- Attaches screw top to container
- Fills container with water
- Pours one containerful of water into tube containing cork
- Pours second containerful of water into tube containing cork

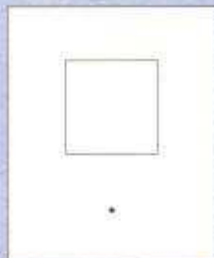
Total profile score

Raw score	Profile score
5	4
4	3
3	2
2	1
≤1	0

Test 3: Key search

For full text and procedure see Manual p. 9

- Place a photocopy of the response sheet in front of the subject.
- 'I want you to imagine that this square is a large field...'
- 'Starting from this dot I want you to draw a line with the pen to show me where you would walk to search the field...'
- If the subject does not grasp the idea, demonstrate on another piece of paper.
- 'Although I will be timing you there is no time limit...'
- Start the stopwatch.
- Make notes here. These could indicate, for example, the order in which the subject makes marks. This will help you to calculate the score later.
- For scoring criteria see Appendices 9.1 and 9.2 in Manual pp. 20–22.



Entering the field

Raw score

- within 10mm of a corner (base of square) = 3
- base of square (other than within 10mm of corners) = 2
- somewhere else = 1

Finishing the search

- within 10mm of any corner = 3
- base of square (other than within 10mm of corners) = 2
- somewhere else = 1

Making a continuous line = 1

Making all parallel lines = 1

Making all vertical/horizontal lines = 1

Search patterns

- followed one of our pre-defined search patterns (see Appendix 9.1, Manual pp. 20–21) or super-imposed one pre-determined pattern over another = 5 or 3
- duplicated or combined one or more of our pre-defined search patterns = 2
- followed some other obviously systematic, but inefficient and/or unsuccessful search pattern = 1
- ad hoc – not systematic or pre-planned = 0

Has made an obvious effort to cover all the ground = 1

Using their chosen pattern, they would find the keys (95% certainty) = 1

Time taken

Total

raw score

Profile

score

Raw score	Profile score
14–16	4
11–13	3
8–10	2
5–7	1
≤4	0

If time taken is greater than 95 seconds subtract 1 from profile score

Total profile score

Test 4: Temporal judgement

For full text and procedure see Manual p. 9

- 'I'm going to ask you to estimate how long it takes to do four things...'

Question 1

How long does it take to do a routine dental check up?

Raw score

if between 5 & 15 mins score 1, otherwise 0

Question 2

How long does it take a window cleaner to clean the windows of an average size house?

if between 15 & 25 mins score 1, otherwise 0

Question 3

How long do most dogs live for?

if between 9 & 15 years score 1, otherwise 0

Question 4

How long does it take to blow up a party balloon?

if between 50 & 70 secs score 1, otherwise 0

Total raw score

= total profile score

Test 5: Zoo map

For full text and procedure see Manual p. 9

Version 1

- Place a photocopy of Zoo map version 1 in front of the subject.
- 'Here is a map of a zoo. Your task is to plan a route around the zoo to visit all the places indicated in the instructions...'
- Allow the subject to read the instructions (aloud).
- Clarify the rules by reading them again.
- 'While I will use this stopwatch to see how long it takes you to do the task, the time really is not important...'
- Start the stopwatch.
- For scoring criteria see Appendix 9.3 in Manual p. 23.

Note subject's sequence	Each correct scores 1	Correct responses	Occasions each path used more than once
		Entrance	A
		Llamas/Cafe/Elephants	B
		Elephants/Cafe	C
		Cafe/Elephants/Llamas	D
		Bears	E
		Lions	F
		Bird sanctuary	G
		Picnic area	H
			I
			J
			K
			L
			M

Sequence score

Total

Planning time

Total time

Errors

Total number of occasions paths used more than once (from above)

Number of deviations from the path (i.e. cutting across the grass)

Number of failures to make a continuous line

Number of inappropriate places visited

Total errors

Version 1 raw score = sequence score minus total errors

Version 2

- Place a photocopy of Zoo map version 2 in front of the subject.
- 'The next day you go back to the zoo for another visit...'
- Clarify the rules and record timings as in version 1.

Note subject's sequence	Each correct scores 1	Correct response	Occasions each path used more than once
		Entrance	A
		Llamas	B
		Elephants	C
		Cafe	D
		Bears	E
		Lions	F
		Bird sanctuary	G
		Picnic area	H
			I
			J
			K
			L
			M

Sequence score

Total

Planning time

Total time

Errors

Total number of occasions paths used more than once (from above)

Number of deviations from the path (i.e. cutting across the grass)

Number of failures to make a continuous line

Number of inappropriate places visited

Total errors

Version 2 raw score = sequence score minus total errors

Add version 1 and version 2 raw scores

Raw score	Profile score	Profile score
16	4	<input type="text"/>
11-15	3	<input type="text"/>
6-10	2	<input type="text"/>
1-5	1	<input type="text"/>
≤0	0	<input type="text"/>

If planning time on version 2 is greater than 15 seconds subtract 1 from profile score

If total time on version 2 is greater than 123 seconds subtract 1 from profile score

Total profile score

BADS: CUESTIONARIO DEX AUTOAPLICADO

B. Wilson et al., 1996

Versión española: M. Vargas, V. Merino, 2002

NOMBRE:

FECHA:

Este cuestionario se refiere a algunas dificultades que la gente experimenta a veces. Nos gustaría que leyera las siguientes afirmaciones, y que las califique según una escala de cinco puntos de acuerdo a su propia experiencia:

1 Tengo problemas para comprender lo que quieren decir otras personas, aunque se refieran a cosas simples y sencillas

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

2 Actúo sin pensar, haciendo lo primero que se me viene a la cabeza

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

3 A veces hablo sobre acontecimientos o detalles que realmente no han sucedido nunca, pero que yo creo que han sucedido

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

4 Tengo dificultad para pensar por adelantado o para planificar el futuro

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

5 A veces me excito demasiado con las cosas y puedo sobrepasarne un poco en esos momentos

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

6 Tengo revueltos unos acontecimientos con otros, y tengo confusión respecto al orden correcto de los acontecimientos

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

7 Tengo dificultades para comprender el alcance de mis problemas y no soy realista respecto al futuro

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

8 Estoy aletargado, o sin entusiasmo respecto a las cosas

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

9 Hago o digo cosas embarazosas cuando estoy con gente

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

10 Realmente quiero hacer algo en algún momento, pero podría no hacerlo ni caso en el minuto siguiente

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

11 Tengo dificultad para mostrar emociones

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

12 Pierdo la paciencia a la mínima

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

13 Me resulta indiferente cómo debería comportarme en ciertas situaciones

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

14 Me resulta difícil dejar de decir o de hacer algo una vez que he comenzado

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

15 Tiendo a estar muy inquieto/a, y no puedo parar sentado/a durante mucho tiempo

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

16 Encuentro difícil dejar de hacer algo aunque sepa que no deba hacerlo

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

17 Diré una cosa, pero haré algo diferente

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

18 Encuentro difícil centrar mi cabeza en algo, y me distraigo fácilmente

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

19 Tengo problemas para tomar decisiones, o para decidir qué quiero hacer

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

20 Ignoro, o no me importa, cómo se sientan los demás en relación con mi comportamiento

₀ ₁ ₂ ₃ ₄
Nunca Ocasionalmente Algunas veces A menudo Muy a menudo

ANEXO VI

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL D MILLON. MCMI-III



MCMIII - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra «F» (Falso). Así:

	V	F
1 Soy un ser humano	1. <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2 Mido más de tres metros	2. <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.



Autor: Theodore Millon.

Adaptación española: Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez.

Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.

Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

Edo.: Fernando Jiménez Gómez

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- 74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcoholístico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonrían.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.

ANEXO VII

INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE RECAÍDA
(RPI)

Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída

Artículo Original

Litman G, Stapleton J, Oppenheim A, Peleg M (1983). Situations related to alcoholism relapse. *British Journal of Addiction*; 78 (4): 381-389.

Artículo de Adaptación al Castellano

Suárez M, García R. Adaptación española del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (2): 329-342.

Evalúa

Situaciones de riesgo.

Composición

25 ítems con respuesta tipo Likert de cuatro opciones.

Duración Cumplimentación

10-20 minutos.

Descripción

- Aplicación individual o colectiva.
- Su objetivo es la identificación de las situaciones potencialmente asociadas a la recaída.
- Está compuesto por un listado de situaciones internas o externas, que se distribuyen en cuatro factores:
 - Factor 1: Estados afectivos negativos (4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24)
 - Factor 2: Vigilancia cognitiva (3, 6, 19, 25)
 - Factor 3: Reuniones, ocio, emociones positivas (5, 11, 12, 18, 21)
 - Factor 4: Estímulos previamente relacionados con la bebida (1, 2, 13, 14)
- Las situaciones percibidas como más peligrosas para una recaída son estímulos internos: emociones y pensamientos.

■ Corrección

- Las ítems son ponderados de 0 a 3 de la siguiente forma: muy peligrosa (3), bastante peligrosa (2), poco peligrosa (1) y nada peligrosa (0).
- La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones adjudicadas a cada ítem.
- Cuanto mayor es la puntuación mayor es el número de situaciones de riesgo consideradas peligrosas.

■ Referencias Bibliográficas

- Suárez M, García R. Adaptación española del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (2): 329-342.
- Cuadrado P, García R, Alonso M. Capítulo 5. Evaluación Psicológica. En: *Manejo de la Dependencia Alcohólica. Colaboración Janssen-Cilag*, p 57-66.

Cuestionario

Aquí hay algunas situaciones en las que estar en ellas sin beber puede resultar peligroso para algunas personas. Quisiéramos saber cuáles pueden ser peligrosas para Vd. Hay cuatro categorías: **“Muy peligrosa”, “Bastante peligrosa”, “Poco peligrosa”, “Nada peligrosa”**.

Señale la casilla que exprese mejor sus sentimientos acerca de las situaciones que Vd. crea que le puedan resultar peligrosas. No hay contestaciones correctas, equivocadas o trucadas. Sólo queremos conocer lo que siente.

	Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa
1. Cuando paso por un bar o lugar donde venden bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando estoy con otras personas que están bebiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando pienso que a nadie le importa lo que me ocurre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando me siento tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando tengo que conocer gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando empiezo a pensar que sólo una copa no me causará ningún daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando me siento deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cuando tengo problemas en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando me siento injustamente regañado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cuando tengo miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cuando estoy de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando estoy contento con todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando tengo dinero para gastar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cuando recuerdo los buenos tiempos en que bebía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cuando hay riñas y peleas en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cuando estoy lleno de resentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario

	Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa
17. Cuándo me siento irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuándo estoy en una reunión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cuándo empiezo a pensar que no estoy realmente atrapado por el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cuándo siento que me estoy poniendo muy enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cuándo hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuándo empiezo a sentirme frustrado y harto de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cuándo me siento cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cuándo me siento disgustado porque otras personas me han abandonado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cuándo ya he tomado alguna bebida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras. Específíquelas: _____
