



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO:**

**“CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019”.**

Tesis previa a la obtención de  
título de Psicólogo Clínico

**AUTOR:**

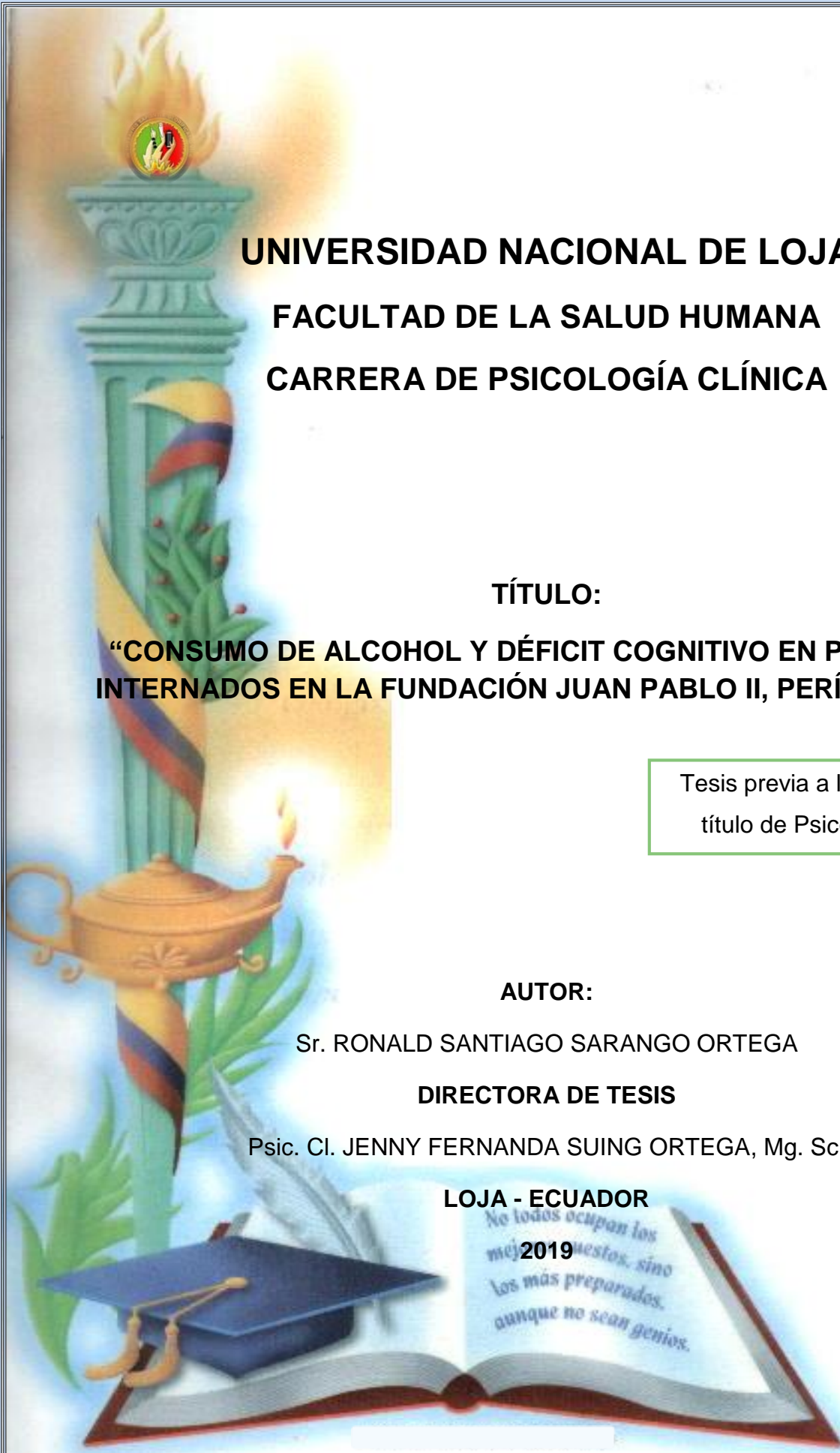
Sr. RONALD SANTIAGO SARANGO ORTEGA

**DIRECTORA DE TESIS**

Psic. CI. JENNY FERNANDA SUING ORTEGA, Mg. Sc.

**LOJA - ECUADOR**

*No todos ocupan los  
mejores 2019  
puestos, sino  
los más preparados,  
aunque no sean genios.*



## CERTIFICACIÓN

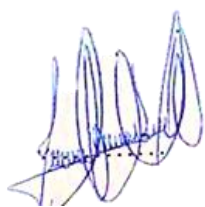
Loja, 10 de octubre de 2019

Psic. Cl. Jenny Fernanda Suing Ortega, Mg. Sc.

### **DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución del proceso de elaboración de tesis titulado: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019”**. De autoría del egresado Sr. Ronald Santiago Sarango Ortega, previa a la obtención de título de Psicólogo Clínico una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja; autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.



Psic. Cl. Jenny Fernanda Suing Ortega, Mg. Sc.

### **DIRECTORA DE TESIS**

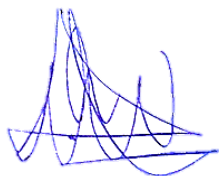
## AUTORÍA

Yo, **Ronald Santiago Sarango Ortega**, con número de cédula 1104275134 declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Facultad de la Salud Humana, de la carrera de Psicología Clínica, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual, de así considerarlo necesario.

**Autor:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

**Firma:**



**Número de cédula:** 110427513-4

Correo electrónico: [ronald.sarango@unl.edu.ec](mailto:ronald.sarango@unl.edu.ec)

Loja, 10 de octubre de 2019

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

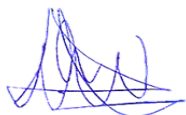
Yo, **RONALD SANTIAGO SARANGO ORTEGA**, declaro ser la autor de la tesis titulada “**CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019**”, como requisito para optar al grado de **Psicólogo Clínico**; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabilizará por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diez días del mes de octubre de dos mil diez y nueve, firma el autor:

**Firma:**



**Autor:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

**Cedula:** 110427513-4

**Dirección:** Loja, Barrio “Época”, Calles Estados Unidos y Alemania.

**Teléfono celular:** 0979517495

**Correo electrónico:** [ronald.sarango@unl.edu.ec](mailto:ronald.sarango@unl.edu.ec)

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de tesis:** Psic. Cl. Jenny Fernanda Suing Ortega, Mg. Sc.

– **TRIBUNAL DE GRADO**

- **Presidenta del tribunal:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.
- **Vocal del tribunal:** Dra. Anabel Larriva Borrero Mg. Sc.
- **Vocal del tribunal:** Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mg. Sc.

## **DEDICATORIA**

“Establecer metas es el primer paso para transformar lo invisible en visible”

Anthony Robbins

### **A Dios**

Por permitirme seguir adelante lleno de bendiciones fortaleza y sabiduría para lograr una meta más en mi vida.

### **A mí querida abuelita (Luzbinda Cevallos)**

Tu afecto, tu cariño y enseñanzas fueron detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para mí. Te agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce de la vida. Mi principal motivación para concluir esta etapa de mi vida.

### **A mi madre (Narcisa Ortega)**

Que además de darme la vida, supo guiarme por el camino del bien, a ella por su lucha y constancia, es a la que principalmente dedico este trabajo.

### **A mis hermanas, Dani y Kari**

Gracias a ustedes por motivarme a continuar sin límite en la consecución de mis sueños, y brindarme siempre sus palabras de aliento y regaños.

### **A mis queridos compañeros de formación**

Quienes me han sabido comprender en esta larga trayectoria.

A todos ustedes, infinitas muchas gracias por su apoyo, comprensión, guía e inspiración.

*Ronald Santiago Sarango Ortega*

## AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana y a la carrera de Psicología Clínica, por la formación académica recibida y por apuntalar las bases de mi desarrollo profesional.

A los directivos, empleados e internos de la “Fundación Juan Pablo II”, por la apertura brindada para la realización de mi trabajo de investigación. Espero que los resultados de la misma y la propuesta planteada (Compendio Bibliográfico), sirvan como herramienta para la atención integral de los internos.

Un especial agradecimiento a todos y cada uno de los docentes de la carrera de Psicología Clínica por ser parte de mi formación y de forma especial a la Dra. Mayra Rivas Paladines, Mg. Sc.; Lic. Diego Andrade Mejía, Mg. Sc.; Psic. Cl. Zhenia Muñoz Vinces, Mg. Sc.; Dra. Ana Puertas, Mg. Sc.; Psic. Cl. María Emilia Jaramillo Mg. Sc.; por enrumbarme en el camino de la vocación de ayuda y entrega a los demás.

A mi directora de Tesis, Psic. Cl. Jenny Fernanda Suing Ortega, Mg. Sc.; quien más que guiar este trabajo inculcó en mí la necesidad de seguir enmarcado dentro de la investigación. Infinitas gracias y la promesa de dar lo mejor de mí en el ámbito humano y profesional.

*Ronald Santiago Sarango Ortega*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN LITERARIA.....	8
4.1. ALCOHOL.....	8
4.1.1. DEFINICIÓN DE ALCOHOL.....	8
4.1.2. DEFINICIÓN DE BEBIDA ALCOHÓLICA.....	9
4.1.3. CLASIFICACIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....	9
4.1.4. TIPOS DE BEBEDORES-CLASIFICACIÓN.....	10

4.1.5.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ALCOHOL ETÍLICO EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC).....	10
4.2.	CONSUMO DE ALCOHOL.....	12
4.2.1.	DEFINICIÓN.....	12
4.2.2.	USO DEL CONSUMO DE ALCOHOL. ....	12
4.2.3.	ABUSO DEL CONSUMO DEL ALCOHOL. ....	12
4.2.4.	DEPENDENCIA AL CONSUMO DE ALCOHOL.....	13
4.2.5.	BREVE HISTORIA DE LOS ORÍGENES Y CONSUMO DE ALCOHOL.....	13
4.2.6.	CAUSAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL.....	14
4.2.7.	FACTORES DE RIESGO QUE INDUCEN AL CONSUMO DE ALCOHOL. ....	15
4.2.8.	PROCESO DE ABSORCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	16
4.2.9.	CONDICIONES DE SALUD PRINCIPALES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL.....	17
4.2.10.	EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL. ....	18
4.2.11.	CONSUMO DE ALCOHOL Y ALTERACIONES CEREBRALES.....	19
4.3.	DÉFICIT COGNITIVO.....	20
4.3.1.	COGNICIÓN.....	20
4.3.2.	DEFINICIÓN DE DÉFICIT COGNITIVO. ....	20
4.3.3.	ETIOLOGÍA. ....	21
4.3.4.	FUNCIONES COGNOSCITIVAS. ....	22
4.3.5.	EVALUACIÓN COGNITIVA.....	28
4.3.6.	TIPOS DE TRASTORNOS COGNITIVOS.....	30



4.3.7.	(F10.6) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, SÍNDROME DEL DELIRIUM DEL CIE-10. ....	31
4.3.8.	ALTERACIONES EN FUNCIONES EJECUTIVAS. ....	32
5.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	33
6.	RESULTADOS .....	43
	COMPENDIO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA DE LA ATENCIÓN Y MEMORIA ..	56
	COMPENDIO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA .....	61
	CONCEPTO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.....	61
	OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.....	62
	COMPENSACIÓN DE LA FUNCIÓN.....	62
	¿CÓMO SELECCIONAR LAS INTERVENCIONES? .....	63
	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIONES MÁS COMUNES.....	63
	TAREAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA ATENCIÓN. ....	65
	TAREAS ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA MEMORIA.....	76
7.	DISCUSIÓN .....	86
8.	CONCLUSIONES.....	91
9.	RECOMENDACIONES.....	92
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	94

**11. ANEXOS ..... 100**

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>TABLA 1 EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL INTERNO .....</b>	<b>44</b>
<b>TABLA 2 FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LA TOMA DE 6 O MAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLA 3 DURACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>48</b>
<b>TABLA 4 ÁREAS COGNITIVAS MÁS AFECTADAS EN LOS INTERNOS .....</b>	<b>50</b>
<b>TABLA 5 TABLA CRUZADA, AÑOS DE CONSUMO Y DÉFICIT COGNITIVO .....</b>	<b>53</b>
<b>TABLA 6 RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO.....</b>	<b>55</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL INTERNO .....</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 2 FRECUENCIA E INTENSIDAD DEL CONSUMO DE ALCOHOL .....</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICO 3 DURACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>49</b>
<b>GRÁFICO 4 PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS- INTERNOS DE LA FUNDACIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>GRÁFICO 5 CUADRO COMPARATIVO NEUROPSI Y PUNTUACIONES OBTENIDAS .....</b>	<b>51</b>
<b>GRÁFICO 6 RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO.....</b>	<b>54</b>
<b>GRÁFICO 7 BÚSQUEDA DE SIMBOLOS.....</b>	<b>66</b>
<b>GRÁFICO 8 BÚSQUEDA DE SIMBOLOS.....</b>	<b>66</b>
<b>GRÁFICO 9 SOPA DE LETRAS TEMÁTICA.....</b>	<b>67</b>
<b>GRÁFICO 10 EJERCICIO DE LECTURA .....</b>	<b>69</b>
<b>GRÁFICO 11 BÚSQUEDA DE DIBUJO.....</b>	<b>72</b>
<b>GRÁFICO 12 BÚSUQUEDA DE DIFERENCIA.....</b>	<b>74</b>
<b>GRÁFICO 13 BÚSQUEDA DE SIMILITUDES .....</b>	<b>75</b>
<b>GRÁFICO 14 FORMA GEOMÉTRICA SENCILLA .....</b>	<b>76</b>
<b>GRÁFICO 15 FORMA GEOMÉTRICA COMPLEJA .....</b>	<b>77</b>
<b>GRÁFICO 16 PRESENTACIÓN SERIAL DE OBJETOS .....</b>	<b>77</b>
<b>GRÁFICO 17 IMÁGENES DE OBJETOS VARIOS .....</b>	<b>81</b>
<b>GRÁFICO 18 IMÁGENES DE OBJETOS VARIOS .....</b>	<b>82</b>
<b>GRÁFICO 19 IMAGEN DE CUADRO.....</b>	<b>83</b>
<b>GRÁFICO 20 BÚSQUEDA DE SIMILITUDES .....</b>	<b>84</b>

**ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>ANEXO # 1 OFICIO DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO # 2 OFICIO DE APROBACIÓN PARA TRABAJO DE CAMPO .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO # 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO # 4 ENCUESTA .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO # 5 TEST DE AUDIT.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO # 6 NEUROPSI BREVE EN ESPAÑOL .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO # 7 FOTOGRAFIAS E ILUSTRACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO # 8 PROYECTO DE TESIS.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO # 9 CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN DEL IDIOMA ESPAÑOL AL IDIOMA INGLES.....</b>	<b>137</b>

## **1. TÍTULO.**

“CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019”.

## 2. RESUMEN

El consumo de alcohol y el déficit cognitivo es un fenómeno poco estudiado en los internos que se encuentran en rehabilitación por el consumo de drogas. La presente investigación tiene como objetivo principal: Analizar la relación entre el consumo de alcohol y el déficit cognitivo en pacientes internados en la Fundación “Juan Pablo II”, periodo 2019. Se realizó una investigación de tipo descriptivo-correlacional, con enfoque cualicuantitativo en una muestra no probabilística de 21 personas con una edad media de 49,24 años; para la recolección de datos se utilizó el consentimiento informado, encuesta, el cuestionario de Identificación de trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT) y NEUROPSI breve. Luego de un análisis estadístico por medio del programa (SPSS), como resultados se obtuvieron que la mayor parte de la población evaluada consume un promedio de 6 o más bebidas alcohólicas, semanalmente, teniendo como media del tiempo de consumo de 31,19 años; además los datos obtenidos del Neuropsi breve de manera específica las áreas cognitivas con mayor afectación es la atención-concentración y memoria, mientras que en la evaluación del Neuropsi de manera global indica que no existe una relación directa entre el tiempo de consumo de alcohol y los déficits cognitivos. Esto pone de manifiesto que el tiempo de consumo no sería la única variable a considerar como factor predisponente a padecer un deterioro cognitivo equivalente.

**Palabras Claves:** Consumo de Alcohol / Déficit Cognitivo / Atención / Memoria

## ABSTRACT

The consumption of alcohol and cognitive deficit is a phenomenon that has had minor studies in inmates who are in rehabilitation for drug use. The present research has as main objective: analyze the relationship between alcohol consumption and cognitive deficit in patients admitted to the “Juan Pablo II” Foundation, period 2019. It was conducted a descriptive-correlational research, with a quantitative qualitative approach in a non-probabilistic, with a sample of 21 people with an average age of 49.24 years. For the collection of data, it was used: an informed consent, survey, the Identification of disorders due to alcohol consumption (AUDIT) and brief NEUROPSI questionnaire. After a statistical analysis through the program (SPSS), as a result, it was obtained that the majority of the population evaluated consume weekly an average of 6 or more alcoholic beverages, with an average consumption time of 31.19 years; furthermore, the data obtained from the brief Neuropsi, specifically the cognitive areas with the greatest involvement is attention-concentration and memory, while in the evaluation of the Neuropsi globally it indicates that there is no direct relationship between the time of alcohol consumption and cognitive deficits. This shows that the consumption time would not be the only variable to be considered as a predisposing factor to suffer an equivalent cognitive impairment.

**Keywords:** Alcohol Consumption / Cognitive Deficit / Attention / Memory



### 3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación, que lleva por título “Consumo de Alcohol y Déficit Cognitivo en pacientes internados en la Fundación Juan Pablo II, período 2019”, fue desarrollada con los pacientes que están en rehabilitación.

El consumo de drogas legales (como el alcohol) e ilegales, se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. En todo el mundo, cerca del 16% de las personas que consumen alcohol ingieren ocasionalmente grandes cantidades, lo que a menudo se describe como un ‘atracción de alcohol, que es el más perjudicial para la salud. En el mundo cada habitante de 15 años o más de edad consume un promedio de 6,2 litros de alcohol puro cada año. (OMS, 2014).

En nuestro país, las cifras estadísticas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas dan como resultado una población inmersa en una cultura del alcohol, cuyo uso está presente en la vida habitual de los individuos, desde aquellos hogares con ingresos salariales mínimos hasta máximos. Este consumo de alcohol si se prolonga en el tiempo puede traer afectaciones a corto, medio y largo plazo en los individuos que lo realizan.

En este sentido, Becoña y Cortés (2011) mencionan que, el mayor problema que tienen las adicciones no solo son efectos que producen a corto plazo, sino el problema, está en los efectos que producen a medio y a largo plazo. Así muchos bebedores excesivos de alcohol o personas con dependencia del alcohol desarrollarán deterioros irreversibles a nivel cerebral o peor aún morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes, aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. (p.16).

En esta misma línea, Verdejo, Orozco, Meersmans, Aguilar de Arcos y Pérez (como se citó en Vélez, 2017) reconocen que: “El consumo recurrente de diversos tipos de drogas se asocian consistentemente a la existencia de alteraciones en distintas Funciones Neuropsicológicas” (p.11).

Desde esta perspectiva, Benavides (2016) señala, el Sistema Hipocámpico, está relacionado con dos procesos cognitivos vitales, la memoria y el aprendizaje. El consumo de alcohol puede ocasionar pérdida de memoria, la cual puede ocurrir de manera más inmediata o a largo plazo. En general, grandes cantidades de alcohol pueden generar daños sobre la memoria y el aprendizaje y cuando estas cantidades se ingieren de manera rápida, pueden producirse amnesias lacunares, es decir, problemas para recordar una experiencia, evento o concepto específico que ocurren mientras se bebe y que corresponden a un determinado período temporal. Se cree que estas amnesias pueden deberse a un fallo en la transmisión de la información de la memoria a corto plazo a la de largo plazo (párr.9).

Es así que el consumo de alcohol está asociado a un amplio rango de alteraciones cognitivas como, la velocidad de procesamiento de información, habilidades psicomotoras, organización visoperceptiva, memoria, control ejecutivo entre otras. (García, García y Secades, 2011).

En pro de dar solución al problema planteado y desarrollar adecuadamente el presente trabajo investigativo, se planteó como objetivo general: Analizar la relación entre el Consumo de Alcohol y el Déficit Cognitivo en pacientes internados en la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019, a su vez y para validar a la misma, se formularon los siguientes objetivos específicos: 1. Identificar la frecuencia, intensidad y duración del consumo de alcohol en los pacientes mediante la aplicación del test AUDIT y encuesta; 2. Establecer cuáles son las áreas con déficit cognitivo

más afectadas en los internos consumidores de alcohol a través de la aplicación y resultados del NEUROPSI; 3. Establecer la relación que existe entre el tiempo del consumo del alcohol y el déficit cognitivo en pacientes consumidores de alcohol; y, 4. Realizar un compendio bibliográfico acerca de la rehabilitación cognitiva para pacientes que muestren déficit cognitivo en las áreas más afectadas.

Cabe mencionar que durante el proceso investigativo es de suma importancia contar con la revisión de la literatura, la cual abarca tres categorías, se abordaron temas y subtemas; la primera inclinada al alcohol; la segunda categoría, trata sobre el consumo de alcohol; y una tercera categoría que hace referencia al déficit cognitivo.

La investigación fue descriptivo-correlacional, con enfoque cualicuantitativo ya que al aplicar los reactivos se evaluó las variables lo que implica la recopilación y presentación sistemática de los datos. Entre las técnicas e instrumentos para la recolección de información, se utilizó una encuesta elaborada por el investigador denominado, así como también el AUDIT y la evaluación neuropsicológica breve en español “NEUROPSI”.

De manera particular se tomó como muestra a 21 hombres de 18 a 85 años de edad, los cuales están ingresados por el consumo de alcohol de manera frecuente en los últimos 12 meses y están internados en la Fundación “Juan Pablo II”. El tipo de muestreo fue, no probabilístico intencional, ya que el procedimiento no se basó en fórmulas de probabilidad. Además, se tomó en cuenta criterios de inclusión, exclusión y salida.

Como resultados se obtuvieron que la mayor parte de la población evaluada consume un promedio de 6 o más bebidas alcohólicas, semanalmente, teniendo como media del tiempo de consumo de 31,19 años; además los datos obtenidos del Neuropsi breve de manera específica las

áreas cognitivas con mayor afectación es la atención-concentración y memoria, mientras que en la evaluación del Neuropsi de manera global indica que no existe una relación directa entre el tiempo de consumo de alcohol y los déficits cognitivos. Esto pone de manifiesto que el tiempo de consumo no sería la única variable a considerar como factor predisponente a padecer un deterioro cognitivo equivalente.

## 4. REVISIÓN LITERARIA

### 4.1. ALCOHOL

#### 4.1.1. DEFINICIÓN DE ALCOHOL.

Según la (OMS, 2008), define al alcohol como una sustancia que constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas (p.14).

Según el tipo de bebida alcohólica el etanol puede variar en su grado de concentración lo que hace más o menos dañino al organismo.

Según la Psicología:

Abel (como se citó en Sancho, 2014) define al alcohol como una de las drogas legales más consumidas, fundamentándose en su frecuencia prolongada, como una intensidad perjudicial que provoca en la mayoría de la población un deterioro psíquico y somático en las funciones biológicas y psíquicas. En funciones biológicas encontramos la pigmentación, digestión, reproducción etc. En funciones psíquicas encontramos a la atención, memoria, procesos cognitivos y procesos afectivos. El alcohol también provoca una afectación en las relaciones sociales, familiares, conyugales, además de las responsabilidades laborales (p.7).

#### 4.1.2. DEFINICIÓN DE BEBIDA ALCOHÓLICA.

Según el informe sobre alcohol de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España (2007), señala. “Se entiende por bebida alcohólica aquella bebida en cuya composición está presente el etanol (alcohol etílico) en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen” (p.7).

#### 4.1.3. CLASIFICACIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) las clasifica en dos grupos:

**Bebidas fermentadas:** son las procedentes de frutas o de cereales que, por acción de ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que contienen se convierte en alcohol.

- El vino es el producto resultante de la fermentación de las uvas frescas o del mosto.
- La cerveza se obtiene a partir de la malta cervecera, procedente de la transformación de la cebada y otros cereales.
- La sidra, procede de las manzanas trituradas y fermentadas.

**Bebidas Destiladas:** se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas.

- El coñac o brandy que deriva de destilados del vino, criados en vasijas de roble.
- La ginebra que resulta de la destilación de macerados de bayas de enebro y otros cereales.
- El whisky que se origina de mezcla de cereales (cebada, maíz, centeno).
- El ron que se obtiene de la destilación de la melaza fermentada de la caña de azúcar o de remolacha.

- El vodka que se obtiene de varios cereales, generalmente centeno y también de la patata (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007).

#### 4.1.4. TIPOS DE BEBEDORES-CLASIFICACIÓN.

Como sugiere Fernández (citado en Omicrono, 2014) en su investigación ha estructurado una clasificación según el tipo de bebedor, a continuación, la describimos:

- **Bebedor excesivo regular:** Bebe mucho, pero sin llegar a emborracharse. Carácter extrovertido, pero con control de la conducta. Se emborracha por factores sociales (presión o condicionamiento).
- **Bebedor alcoholómano (bebedor excesivo irregular):** Consumo intermitente con amplia pérdida de control cuando lo hace. Es el bebedor con factores psicológicos de malestar asociados, bebe para mitigar su malestar. Puede intercalar amplios periodos de abstinencia.
- **Bebedor enfermo psicológico:** Bebe para contrarrestar sus problemas mentales.
- **Bebedor alcoholizado:** Siempre ebrio. Alteración total de la persona (p.1).

#### 4.1.5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ALCOHOL ETÍLICO EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC).

Sancho (2014) enfatiza que el alcohol es una droga depresora, lo que implica disminución de la actividad del sistema nervioso central, por tanto, produce en el individuo:

- Decaimiento del ánimo.
- Disminución en su actividad.
- Aletargamiento.
- Lentitud en los movimientos.

- Alteración de la función cognitiva.

Por ser una sustancia que se encuentra en estado líquido su consumo es por medio de la boca del individuo, su presentación y dosis de etanol son variadas, puesto que existen bebidas como la cerveza que contienen entre 4° y 12° de alcohol, en tanto que el whisky contiene sobre los 40° de alcohol (p.17).



## **4.2. CONSUMO DE ALCOHOL**

### **4.2.1. DEFINICIÓN.**

La OMS (como se citó en Ahumada, Gámez y Valdez 2017) manifiestan, el consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. Es así que se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40% (p.14).

Por su parte, Coque (2016) afirma, que una definición adecuada para el consumo de alcohol debe integrar las variables costumbre, cantidad y, además, tener en cuenta los resultados negativos afiliados al mismo. El criterio más usual admitido por la sociedad científica internacional es el consumo de 5 o más litros para los hombres, y 4 o más para mujeres, en una magnífica ocasión, al menos una vez en las dos últimas semanas (p.16).

### **4.2.2. USO DEL CONSUMO DE ALCOHOL.**

UNED (2010) entendemos por uso aquel tipo de relación con el alcohol en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (párr.4).

### **4.2.3. ABUSO DEL CONSUMO DEL ALCOHOL.**

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno (UNED, 2010, párr.10).

Por otra parte, Játiva (2017) refiere “el abuso se da cuando hay un uso continuo a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo, dedicando todo el tiempo posible a esta actividad, en algunos casos” (p.7).

#### **4.2.4. DEPENDENCIA AL CONSUMO DE ALCOHOL.**

Podemos entender la dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. (UNED, 2010, párr.13).

En esta misma línea Játiva (2017) menciona, “uso excesivo y reiterativo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas, adaptando sus necesidades a la conducta compulsiva, en algunos casos existe una búsqueda incesante de la sustancia hasta conseguirla como sea” (p.7).

#### **4.2.5. BREVE HISTORIA DE LOS ORÍGENES Y CONSUMO DE ALCOHOL.**

Perro (2015) los hebreos agradecían a Noé su dedicación a la labranza y a la plantación de la vida, encontrando en la Biblia que bebió vino hasta embriagarse.

El vino para los cristianos es una parte de la eucaristía, simbolizando la sangre de Cristo y el hijo de Dios. Cereales fermentados, jugo de frutas, miel. Durante años se han utilizado diferentes tipos de productos para fabricar alcohol.

Estas bebidas fermentadas ya eran desarrolladas en América antes de ser descubierta. En nativos americanos del Norte y en los Andes en Sudamérica, donde fabricaban alcohol a base de

maíz, uvas o manzanas, otorgándole el nombre de “chicha”. Para el siglo XVI las bebidas con alcohol ya eran conocidas como “espíritus”, se utilizaban con propósitos curativos (párr.4,8 y 9).

Sancho (2014) en su trabajo investigativo menciona que los nativos ecuatorianos, en épocas anteriores, elaboraban brebajes utilizados en ceremonias y rituales que provocaban esencialmente embriaguez, entre estas bebidas destaca la ayahuasca, la cual era elaborada por los nativos del Amazonas y los Andes ecuatorianos y peruanos, con hojas y plantas de la región.

En la época prehispánica los brebajes eran fermentados de maguey (planta) y maíz, a los que se conoce actualmente como chicha, igualmente su consumo continuo es sagrado en ceremonias, rituales para luego servir además como refresco en los días calurosos, en la actualidad estas bebidas siguen siendo consumidas por los nativos existentes en el país (p.15).

Ortiz (2014) “Esta adicción tiene origen hace 480 años en Ecuador; porque el aguardiente, la coca y la chica de maíz, fueron elementos complementarios para el trabajo indígena intensivo, y todas las fiestas eran sinónimo de alcoholismo descontrolado” (p.1).

#### **4.2.6. CAUSAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL.**

Es un modo de "ponerse alegre". Forma de exploración de incorporación, con imitación de comportamientos, con consumo que a veces se asigna desde el grupo de amistades en el que se participa. Desinhibición, progreso de la vergüenza. El consumo procedería como un modelo de imitación y expresividad de la edad adulta (Zurita, 2015).

La mayor parte de los expertos coinciden en que los de componentes más comunes son:

- **Evasión:** la bebida se consigue usar como un medio para exceptuar de la mente dificultades desagradables en vez de enfrentarlos.
- **Soledad:** la bebida se puede utilizar para reducir el dolor ocasionado por tener, mudanzas constantes, escasas amistades, no tener amistades, alejamiento de los seres queridos, etc.
- **Miedo:** la bebida puede proporcionar a las personas tímidas, amenazadas, o inseguras un aparente sentido de libertad en sí mismos y seguridad.
- **Falta de control emocional:** se puede considerar que el alcohol alivia los inconvenientes que uno soporta en sus amistades con otras personas (Zurita, 2015).

Además de estas causas tenemos otras como: “las malas relaciones con la pareja o la familia, los problemas económicos, la presión de los amigos para que beba, etcétera, pueden actuar también como precipitantes o mantenedores del consumo de alcohol” (Fernández, 2017).

#### **4.2.7.FACTORES DE RIESGO QUE INDUCEN AL CONSUMO DE ALCOHOL.**

Entre los más importantes tenemos:

##### **4.2.7.1. Factores relacionados con el ambiente familiar**

- Conflictos con la familia
- Acontecimientos estresantes (muertes y enfermedades)
- Dificultades económicas
- Pautas educativas (sin horarios y sin límites)
- Abandono o negligencia en las funciones paternas.
- Fácil acceso al alcohol, el tabaco u otras drogas en el hogar familiar.
- Imitación e identificación con modelos consumidores (padres hermanos) en la familia.

#### **4.2.7.2. Factores relacionados con el ambiente sociocultural**

- Presión del grupo del grupo de amigos.
- Disponibilidad de alcohol.
- Presión de la publicidad.
- Dificultad en la sociedad actual.
- Consumo abusivo en el fin de semana (Secades, Fernández, García y Al-Halabi, 2011).

#### **4.2.8. PROCESO DE ABSORCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL.**

Lozano (2011) refiere el proceso de absorción del alcohol:

1. El alcohol pasa por el tubo digestivo hasta llegar al estómago. Allí se absorbe el 20% del alcohol ingerido
2. Luego en el intestino delgado, se completa la absorción
3. La sangre con alcohol circula por el cuerpo y llega al cerebro (p.34).

Por otra parte, Porter (2012) afirma, cuando el alcohol llega al estómago, avanza hasta el intestino delgado, donde pasa a la circulación sanguínea. El estómago es el primer órgano que procesa el alcohol: cerca del 20% se absorbe a través del revestimiento del estómago y el 80% es absorbido a través del intestino delgado. Una vez que el alcohol llega a la circulación sanguínea, se envía al hígado, donde debe ser asimilado. Después de tomar una copa, la concentración de alcohol en la sangre alcanza su nivel máximo en 30-45 minutos y vuelve al nivel normal una hora después, siempre que no se beba más (p.1).

#### 4.2.9. CONDICIONES DE SALUD PRINCIPALES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Como bien lo afirma la (OMS, 2010) se pueden dar consecuencias de salud debido al consumo de alcohol, como las siguientes:

- **Cáncer:** cáncer en la cabeza y en el cuello, en el hígado, cáncer colorrectal y cáncer de seno.
- **Enfermedades neuropsiquiátricas:** síndrome de dependencia del alcohol, abuso del alcohol, depresión.
- **Diabetes:** (efecto protector y reacciones adversas).
- **Enfermedades cardiovasculares:** cardiopatía isquémica, hipertensión, enfermedad cerebrovascular (efectos protectores y perjudiciales para todas las enfermedades cardiovasculares).
- **Enfermedades gastrointestinales:** cirrosis hepática, pancreatitis.
- **Enfermedades infecciosas:** tuberculosis, neumonía.
- **Enfermedades maternas y perinatales:** bajo peso al nacer, Síndrome de Alcohol Fetal.
- **Efectos tóxicos graves:** envenenamiento por alcohol.
- **Accidentes:** lesiones en carretera y otras lesiones en transportes, caídas, lesiones por quemaduras y ahogamiento, lesiones ocupacionales y de maquinaria.
- **Lesiones auto infligidas:** suicidio.
- **Muertes violentas:** lesiones por agresión (p.50).

Es evidente que el consumo progresivo de alcohol traerá consecuencias negativas a corto, mediano o largo plazo en la vida del bebedor problema.

#### **4.2.10. EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.**

Los primeros efectos que puede experimentar una persona que ha consumido alcohol en cualquier dosis incluyen alteraciones motrices, dificultades para caminar, lentitud en los tiempos de reacción o habla difusa.

Asimismo, existen una serie de consecuencias más graves que aparecen entre los primeros momentos del consumo de alcohol hasta pasadas horas o incluso días tras su ingesta. Estos efectos son los siguientes:

- Cambios emocionales.
- Lapsos de memoria.
- Pérdida de conocimiento.
- Impulsividad.
- Desarrollo de trastornos emocionales.
- Limitación en el desarrollo cerebral en adolescentes.
- Destrucción de neuronas.
- Daños en el hipocampo.
- Psicosis.
- Síndrome de Wernike-Korsakoff (Rovira, 2018).

#### **4.2.11. CONSUMO DE ALCOHOL Y ALTERACIONES CEREBRALES.**

Benavides (2016) describe, estas son algunas de las alteraciones cerebrales que se producen en sujetos que consumen alcohol de manera abusiva:

- El equilibrio que existe en las neuronas, se desestabiliza, y la comunicación entre ellas es lenta: afectación de los sistemas de neurotransmisión.
- El tamaño de las células nerviosas cambia, se vuelven más pequeñas.
- El flujo sanguíneo cerebral es menor.
- Se produce dilatación en cavidades internas del cerebro (surcos y cisuras).
- Hay un aumento de tamaño de los ventrículos.
- Existe una disminución de la actividad metabólica tanto en regiones frontales como en las periventriculares.
- Hay una pérdida del volumen a nivel cortical y subcortical.
- Se observan lesiones en la sustancia blanca.
- Es característica, la atrofia cerebelosa: las células de Purkinje encogen de tamaño (párr.3).



### **4.3. DÉFICIT COGNITIVO**

Para iniciar con el estudio de la variable déficit cognitivo es importante tener claro, ¿qué es la cognición?

#### **4.3.1. COGNICIÓN.**

Figueroba (2017) la define como la capacidad de algunos seres vivos de obtener información de su entorno y, a partir de su procesamiento por parte del cerebro, de interpretarla y darle un significado. En este sentido los procesos cognitivos dependen tanto de las capacidades sensoriales como del sistema nervioso central (párr.3).

Se trata de un concepto de significado muy amplio que puede ser equiparado a grandes rasgos con el de “pensamiento”. No obstante, como veremos más adelante, este término también puede hacer referencia a uno de los procesos o fases que componen la cognición: el razonamiento, que se solapa a su vez con la resolución de problemas (Figueroba, 2017, párr.4).

En el ámbito de la psicología la cognición se entiende como el procesamiento de cualquier tipo de información mediante las funciones mentales. Desde un punto de vista histórico esta conceptualización se deriva de la tradicional separación entre lo racional y lo afectivo; no obstante, en la actualidad la emoción con frecuencia es vista también como un proceso cognitivo (Figueroba, 2017, párr.5).

#### **4.3.2. DEFINICIÓN DE DÉFICIT COGNITIVO.**

Según las conceptualizaciones de algunos autores en relación del déficit cognitivo, tenemos las siguientes:

Como sugiere Gelabert (2017), las funciones cognitivas varían de forma natural entre las diferentes personas, ya que no todos procesamos de la misma manera la información. Algunas personas pueden tener más desarrolladas algunas habilidades que otras por el simple hecho de entrenarlas a diario a través de su oficio, ocupación, estudios e intereses personales. Sin embargo, se consideran diferencias individuales totalmente normales y esperables entre las personas (párr.5).

Luque (como se citó en Llumiquinga, 2017) describe que el término déficit cognitivo hace referencia a un estado de desarrollo de la capacidad cognitiva, autonomía personal y social, habilidades en general, con menor grado de ejecución y eficacia en un contexto de menor grado de apoyos. El déficit cognitivo se manifiesta en el comportamiento del individuo, por lo tanto, se puede definir como un estado del funcionamiento personal que se caracteriza por una limitación de tipo cognitivo, adaptativo (p.8).

En concordancia con ambos autores enfatizan de que se tratan de alteraciones en las Funciones Cognitivas que se manifiesta de distintas maneras y que acarrea problemas en el funcionamiento global (distintas esferas) del individuo.

### **4.3.3. ETIOLOGÍA.**

Sobre la base de todo déficit cognitivo, existen limitaciones en el funcionamiento intelectual de la persona originadas por distintos factores causales, de orden personal o ambiental, que pueden ejercer su acción en diferentes momentos, más o menos críticos, del desarrollo del individuo. Estos factores causales pueden ser: (Erazo, 2016)

- Del embarazo: agentes tóxicos (ingesta de alcohol, drogas, enfermedades virales, diabetes infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), traumatismo por caídas o accidentes.
- Del parto: prematuridad (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas. (Erazo, 2016)
- De la primera infancia: enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.
- Socio-culturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carenciado de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico. (Erazo, 2016)
- Genéticos: se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina Por ej. El Síndrome de Down, Síndrome de West, desórdenes metabólicos entre otros. (Erazo, 2016)

#### **4.3.4. FUNCIONES COGNÓSCITIVAS.**

##### **4.3.4.1. ORIENTACIÓN.**

Se considera orientación a la habilidad cognitiva que permite ser capaz de determinar nuestra posición en el espacio y en el tiempo a partir de las referencias ambientales, así como quiénes somos y qué hacemos en dicha posición espaciotemporal.

La mayoría de las personas identifica con el concepto orientación únicamente con la capacidad de determinar nuestra relación con el medio y situarnos en un espacio y un tiempo determinados. A este tipo de orientación se la denomina alopsíquica. (Castillero, 2017).

Sin embargo, existe otro tipo de orientación, la orientación autopsíquica. Ésta hace referencia a la orientación vinculada hacia el propio ser: sabemos que nosotros somos nosotros, o que

nuestra mano u otras partes de nuestro cuerpo son parte nuestra y no pertenecientes a otra persona.

La orientación se encuentra muy vinculada a otros procesos tales como la conciencia, la atención y la memoria, y puede verse influida por fallos en alguna de dichas habilidades o procesos (Castillero, 2017).

#### **4.3.4.2. ATENCIÓN.**

Ríos y Perriáñez (como se citó en Muñoz *et al.* 2009) han definido la atención de forma amplia como, la habilidad mental de generar y mantener un estado de activación tal que permita un adecuado procesamiento de la información. La atención permite la selección de información específica entre múltiples fuentes disponibles. Ello incluye estimulación interna y externa, memorias, pensamientos e incluso acciones motoras. En este sentido la atención debe ser considerada como un complejo sistema de sub-procesos especializados que proporcionan precisión, velocidad y continuidad a la conducta (p.36).

##### **4.3.4.2.1. TIPOS DE ATENCIÓN.**

Según Muyulema (2018) los resalta de la siguiente manera:

- **Atención interna y externa:** la atención interna es la capacidad para poder atender a los procesos mentales propios del individuo y de los estímulos interoceptivos. La atención externa se refiere a la captación de estímulos externos.
- **Atención voluntaria e involuntaria:** la atención voluntaria depende del individuo si decide centrarse en un estímulo en específico y la atención involuntaria depende del estímulo que tan fuerte es para llegar a la persona.

- **Atención focalizada:** con esta atención podemos responder a estímulos visuales, táctiles y auditivos por separados.
- **Atención sostenida:** es mantener la concentración sobre un estímulo durante un tiempo prolongado. Es la atención donde la persona se mantiene consciente durante una tarea y puede ocuparse de ella por un periodo prolongado.
- **Atención selectiva:** es poder centrarse en un solo estímulo ignorando los demás que son irrelevantes para realizar una actividad como, por ejemplo: hablar con una sola persona en una fiesta.
- **Atención dividida:** es la capacidad para poder atender a varios estímulos en el mismo tiempo. Esta atención se produce cuando existe una sobrecarga de estímulos, se distribuye los estímulos atencionales hacia una actividad compleja (p.10).

#### **4.3.4.3. MEMORIA.**

La memoria “es el proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera una información determinada o un suceso concreto. Es el proceso psicológico que nos permite aprender” (González Rodríguez y Muñoz Marrón, 2008). Esta capacidad cognitiva se logra a través de los neurotransmisores los cuales generan los impulsos eléctricos para lograr la sinapsis de las neuronas, generando así la recuperación de la información almacenada en cada individuo (Lavilla Cerdán, 2011).

#### 4.3.4.3.1. TIPOS DE MEMORIA.

Guerri (2018) describe tres tipos de memoria de la siguiente manera:

- **MEMORIA SENSORIAL.**

Es el almacenamiento de información durante algunos segundos, provenientes de diferentes sentidos que prolongar la duración de la estimulación; este proceso facilita el procesamiento en la memoria de corto plazo. La memoria sensorial hace que se prolongue ligeramente la sensación captada por los sentidos. Es un tiempo corto, no dura más de dos segundos, y está fuera del control de la conciencia, ya que se da de manera automática.

- **MEMORIA A CORTO PLAZO.**

La memoria a corto plazo retiene la información entre 15 y 30 segundos y puede durar varios minutos si hay repetición. Es el manejo de la información que pasa por la interacción del individuo con el medio ambiental. Sólo una centésima parte de la información sensorial puede ser almacenada y de ésta, sólo una vigésima parte es almacenada en forma estable durante un tiempo suficiente como para poder utilizarla (Guerri, 2018).

- **MEMORIA A LARGO PLAZO.**

Es el almacenamiento de la información durante días, semanas y años. Es un almacén de recuerdos que no se utilizan en el momento, pero que potencialmente pueden recuperarse. La memoria a largo plazo permite vivir de manera simultánea en el pasado y en el presente. Es la estructura en la que se almacenan recuerdos vividos, imágenes, conceptos, estrategias de actuación, etc. (Guerri, 2018).

#### **4.3.4.4. CÁLCULO.**

El cálculo mental es una parte fundamental de las matemáticas. Gracias a él, las personas encontramos herramientas para responder de forma flexible y adecuada a distintas situaciones de la vida cotidiana, como la capacidad de decidir rápidamente. Tradicionalmente, la enseñanza del cálculo mental ha puesto énfasis en la práctica repetida de operaciones para lograr resolverlas lo más rápido posible “en la cabeza” sin necesidad de utilizar lápiz y papel. Sin embargo, esta visión no es del todo completa, ya que ser bueno en cálculo mental significa algo más que acumular en la memoria una serie de hechos numéricos aislados. Al contrario, para ser ágil en el cálculo hay que ser capaz de interconectar, entender y dominar una gran cantidad de ideas y conceptos (Baroody, 2006, pp.13, 22-31).

#### **4.3.4.5. LENGUAJE.**

La capacidad de comprensión y de comunicación con el resto de personas viene determinada por el lenguaje.

Este proceso mental superior nos permite estructurar el pensamiento, estableciendo conexiones entre las ideas y representaciones mentales mediante los esquemas. Por ello, se dice que el lenguaje es el vehículo sobre el que discurre el pensamiento, yendo ambos conceptos unidos de la mano. Los dos son distintas caras de una misma moneda (Toledo, 2008). Pero no debemos confundir la capacidad del lenguaje con sus modalidades. Existen varias formas de lenguaje, siendo la más común el lenguaje verbal. Sin embargo, existen otras formas de expresión como los gestos -elaborados culturalmente- que complementan la comunicación oral. Las mismas palabras acompañadas de distintos gestos pueden significar cosas totalmente distintas (Toledo, 2008).

#### **4.3.4.6. LECTURA.**

La lectura es una actividad que consiste en interpretar y descifrar, mediante la vista, el valor fónico de una serie de signos escritos, ya sea mentalmente (en silencio) o en voz alta (oral). Esta actividad está caracterizada por la traducción de símbolos o letras en palabras y frases dotadas de significado, una vez descifrado el símbolo se pasa a reproducirlo. La lectura es hacer posible la interpretación y comprensión de los materiales escritos, evaluarlos y usarlos para nuestras necesidades (Venemedia, 2019, párr.1).

#### **4.3.4.7. ESCRITURA.**

Ferreiro (como se citó en Valverde, 2014) afirma “es una forma de relacionarse con la palabra escrita, y les posibilita a los grupos desplazados la expresión de sus demandas, de sus formas de percibir la realidad, de sus reclamos, en una sociedad democrática” (p.88).

#### **4.3.4.8. FUNCIONES EJECUTIVAS.**

Anderson (como se citó en Bauselas 2014) menciona que, tradicionalmente, ha sido considerado un término paraguas, que aglutina una serie de procesos de orden superior (tales como control inhibitorio, memoria de trabajo y flexibilidad atencional...) que gobiernan la acción hacia un objetivo; y que permite emitir respuestas adaptativas a situaciones novedosas o complejas. Los elementos claves que incluyen las Funciones ejecutivas son: (i) anticipación y desarrollo de la atención, (ii) control de impulsos y auto-regulación, (iii) flexibilidad mental y utilización de la realimentación, (iv) planificación y organización, (v) selección de forma efectiva de estrategias para resolver problemas y (vi) monitorización (p.22).



#### **4.3.5. EVALUACIÓN COGNITIVA.**

Lindao y Gómez (2017) mencionan la que la evaluación de los pacientes que se presentan con problemas cognitivos se enfocan en establecer la severidad del deterioro y que ayuden a proveer una base para el seguimiento. A pesar del alto ritmo de progresión desde DCL a la demencia, la ausencia de un tratamiento establecido limita la valoración temprana de cada paciente y el monitoreo respectivo para la progresión a la demencia. Sin embargo, se puede valorar a los pacientes con ayuda de los familiares y otros métodos diagnósticos (p.17).

La piedra angular de cualquier evaluación de un paciente con pérdida de la memoria es el interrogatorio clínico. Idealmente, un informante puede ser muy útil si este está disponible, y si no, se debe hacer lo posible por conseguir uno. Existen algunas preguntas que se pueden incluir en el interrogatorio que resultarían muy necesarias para poder llegar a un diagnóstico, donde se deben incluir algunos temas como problemas recientes con manejar las finanzas o un deterioro en la capacidad para mantener un buen cuidado personal, una alteración en las actividades realizadas en la vida diaria pueden ser un hallazgo significativo para detectar demencia temprana (Lindao y Gómez, 2017, p.17).

Lindao y Gómez (2017) se pueden realizar muchas evaluaciones cognitivas a los pacientes por medio de exámenes de screening donde se evalúan diferentes esferas mentales, entre ellos el Mini Mental Test de Folstein (MMSE), el test de estado mental de Kokmen y la Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), los cuales varían en sensibilidad y especificidad diagnóstica.

La Academia Americana de Neurología ha propuesto de parámetros prácticos, incluidas guías para la evaluación del DCL. Los test neuropsicológicos incluyen una medición objetiva de la alteración de la memoria, aquello puede tener un valor adicional en la detección de la depresión.

Los test neuropsicológicos no deben ser usados solos; el juicio clínico es crítico en el diagnóstico de DCL y demencia. No existe un criterio diagnóstico absoluto aceptado para el diagnóstico de DCL usando test neuropsicológicos (p.17).

El uso de neuroimágenes es de gran utilidad para tratar de averiguar si existe algún tipo de anomalía en el cerebro del paciente. La tomografía computarizada (TC) y la imagen por resonancia magnética (IRM), son dos de los métodos imagenológicos más utilizados y disponibles. La TC es buena para identificar causas que produzcan problemas cognitivos en los pacientes, cómo hematomas subdurales o epidurales, masas que generen desviación de línea medio etc. La IRM es más utilizada para ver si existe atrofia cortical, aparte también se usa para medir si existe pérdida del volumen en el lóbulo temporal, específicamente en el hipocampo lo cual es frecuente en pacientes con demencia (Lindao y Gómez, 2017, p.18).

Lindao y Gómez (2017) el uso de tomografía por emisión de positrones (TEP), IRM funcional, la TEP de beta amiloide y la TC por emisión simple de fotones también pueden ser usadas pero su utilidad aún está en investigación. Existen otros métodos, como el uso de detección de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) de niveles de amiloide A $\beta$ 1-42. Su uso no es muy específico como ayuda diagnóstica para el DCL sino para la demencia (p.18).

### **4.3.6. TIPOS DE TRASTORNOS COGNITIVOS.**

Podemos encontrar distintos tipos de trastornos mentales que se pueden producir por distintas causas:

#### ***4.3.6.1. Delirium.***

Dentro de los trastornos cognitivos, el delirium es el estado más agudo de la enfermedad. Afecta al nivel de la conciencia, por lo que el paciente notará problemas en la atención, concentración y de orientación. Al principio estas manifestaciones pueden mostrarse de manera más débil, pero con el paso del tiempo, si no se tratan, se irán agravando y complicando cada vez más (Cognitivo, 2015).

#### ***4.3.6.2. Demencia.***

La demencia es cuando hay un deterioro intelectual que en ocasiones viene acompañado de trastornos conductuales y de trastornos en el estado de ánimo.

La mayoría de los tipos de demencia son irreversibles, lo cual significa que los cambios en el cerebro que están causando la demencia no pueden detenerse ni curarse. También es muy común la demencia vascular provocada por múltiples accidentes cerebro vasculares. Otras enfermedades también pueden causar este trastorno como por ejemplo la Enfermedad de Parkinson, de Pick... (Cognitivo, 2015).

Los primeros síntomas que pueden llamar la atención suelen ser cambios de actitud repentinos, olvidos frecuentes y desorientación, ya sea temporal o espacial. También se suele dar una pérdida de interés por las aficiones habituales (Cognitivo, 2015).

#### **4.3.6.3. Trastornos amnésicos.**

Este trastorno mental es un trastorno de deterioro específico en estado de la memoria más reciente. Estos trastornos se pueden dar tras un accidente o traumatismo en la cabeza. Se puede perder la memoria de un espacio de tiempo o perder todos sus recuerdos. En este trastorno no se pierde la capacidad de aprendizaje, por lo que es posible volver a adquirir conocimientos anteriores y, en ocasiones puntuales, incluso se pueden recuperar los recuerdos siempre con la ayuda y estimulación adecuadas. El trastorno amnésico suele venir precedido por un cuadro clínico de confusión y desorientación y posibles problemas de atención (Cognitivo, 2015).

#### **4.3.7. (F10.6) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, SÍNDROME DEL DELIRIUM DEL CIE-10.**

Se trata de un síndrome en el que existe una alteración importante de la memoria reciente y remota con conservación de la memoria inmediata. La memoria reciente se afecta más de forma característica que la remota. Se dan alteraciones del sentido del tiempo, con dificultad para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado, así como una disminución de la capacidad para aprender cosas nuevas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. Las otras funciones cognitivas están bien preservadas por lo general y los defectos amnésicos son en comparación mayores que los de otras funciones.

**Incluye:** Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas (CIE, 2006, pp.48-49).

Síndrome o psicosis de Korsakov debido al consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva o sin especificar.

**Excluye:** Síndrome de Korsakov no relacionado con el alcohol (CIE, 2006, pp.48-49).

#### **4.3.8. ALTERACIONES EN FUNCIONES EJECUTIVAS.**

##### ***4.3.8.1. ALTERACIONES EN HABILIDADES VISUOESPACIALES Y PERCEPTIVOMOTORAS.***

Landa y González (2017) señalan que las habilidades visuoespaciales constituyen un área frecuente de estudio en la evaluación neuropsicológica de sujetos alcohólicos. Diversos estudios han concluido que son precisamente estas funciones las más deterioradas en alcohólicos. Por otro lado, son también numerosos los estudios sobre la afectación del reconocimiento táctil (asterognosia o agnosia táctil) en estos pacientes (p.436).

No obstante, una pobre ejecución en esta área puede estar influida por un déficit motor puro, tal como un enlentecimiento de los movimientos o una escasa fuerza muscular, que puede resultar en un sesgo en los resultados. En este sentido, algunos autores llegan afirmar que el déficit motor puede superar al cognitivo en los pacientes alcohólicos. Asimismo, hay que tener en cuenta que de alguna manera la ejecución de las tareas visoconstructivas y espaciales complejas implica necesariamente a las funciones subyacentes a la resolución de tareas novedosas, por lo que en ocasiones puede existir una confusión en la interpretación de resultados (Landa y González, 2017, p.436).

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio fue descriptivo-correlacional, con enfoque cualicuantitativo ya que al aplicar los reactivos se evaluó las variables lo que implica la recopilación y presentación sistemática de los datos que permitió tener una idea precisa sobre la relación entre el Consumo de Alcohol y el Déficit Cognitivo en pacientes internados en la Fundación “Juan Pablo II” durante el periodo 2019. Además, fue transversal porque se estudiaron las variables en un periodo de tiempo específico.

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

#### **UNIVERSO.**

El universo estuvo conformado por 35 pacientes de género masculino, los cuales se encuentran internados en la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja, durante el periodo 2019.

#### **MUESTRA.**

De manera particular se tomó como muestra a 21 hombres de 18 a 85 años de edad, los cuales están ingresados por el consumo de alcohol de manera frecuente en los últimos 12 meses y están internados en la Fundación “Juan Pablo II”. El tipo de muestreo fue, no probabilístico intencional, ya que el procedimiento no se basó en fórmulas de probabilidad. Además, se tomó en cuenta criterios de inclusión, exclusión y salida, detallados a continuación.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Hombres de 18 a 85 años de edad, los cuales han consumido alcohol frecuentemente en los últimos 12 meses y están internados en la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja durante el periodo establecido.
- Firmar el consentimiento informado para participar en el estudio, durante el periodo establecido.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Hombres de 18 a 85 años de edad, los cuales han consumido otro tipo de droga o sustancia psicotrópica diferente al alcohol en los últimos 12 meses y estén internados en la Fundación “Juan Pablo II, de la ciudad de Loja, durante el periodo establecido.
- Internos, que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio, durante el periodo establecido.

**CRITERIO DE SALIDA:**

- Encuesta mal llenada.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **TÉCNICAS**

#### **✓ CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se utilizó el consentimiento informado, el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación (Consumo de Alcohol y Déficit Cognitivo en pacientes internados en la fundación Juan Pablo II, Período 2019), después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

#### **✓ ENCUESTA**

Se utilizó una encuesta con el fin de establecer la percepción de riesgos asociados al consumo de alcohol y los patrones de consumo de las mismas, fue elaborada por el autor, consta de 8 preguntas (cerradas) que están relacionadas con datos de identificación y del Consumo de Alcohol.

### **INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS**

#### **✓ TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)**

El test AUDIT, fue desarrollado en 1982 por la OMS, Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional; cuyo objetivo es la detección de consumo de bajo riesgo, de riesgo y dependencia.



Es aplicable a pacientes de un hospital general con problemas relacionados al consumo de alcohol, personas deprimidas o con intentos autolíticos, además que la OMS propone aplicar a grupos vulnerables que puedan presentar problemas relacionados al consumo de alcohol como son adolescentes, emigrantes y hombres de mediana edad. Ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América).

La confiabilidad del Instrumento AUDIT mostró una alta consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,83, superior al valor de 0,7 considerado en la literatura como aceptable. La validez se estableció en Chile, durante 2009. Este estudio concluyó que el instrumento es válido y confiable para el tamizaje de consumo de riesgo y el consumo problemático (consumo perjudicial y dependencia).

El test comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol; cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Que una vez completado el test se suma los puntos obtenidos según la respuesta estas puntuaciones van de:

<b>Puntuaciones Totales</b>	<b>Equivalente</b>
0 a 7 puntos	Consumo de bajo riesgo
8 - 15 puntos	Consumo de riesgo
16 puntos o más	Posible consumo problema o dependencia

✓ **“NEUROPSI” EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL**

**Nombre:** “NEUROPSI” Evaluación Neuropsicológica Breve en español.

**Autores:** Dra. Feggy Ostrosky-Solís, Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Rosselli.

**Edad de aplicación:** Desde los 16 a 85 años esta diferenciada por rangos de escolaridad y años de estudio.

**Forma de administración:** Individual.

**Tiempo de aplicación:** En poblaciones sin alteraciones cognoscitivas, la duración aproximada para su administración es de 20 a 25 minutos y en población con trastornos cognoscitivos es de 35 a 40 minutos.

**Funciones Cognoscitivas que Evalúa:**

- I. Orientación
- II. Atención y Concentración
- III. Codificación
- IV. Lenguaje
- V. Lectura
- VI. Escritura
- VII. Funciones Ejecutivas
- VIII. Funciones de Evocación

**Material:** Manual de Instrucción, Láminas, Protocolos de Registro (Escolaridad Nula, Escolaridad Media y Alta), Perfiles de Ejecución (Por edad y Escolaridad), Tablas de Puntajes Globales.

**Calificación:** El sistema de calificación aporta datos cualitativos y cuantitativos. Con los datos independientes de cada habilidad cognoscitiva, se obtiene un perfil individual que señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas evaluadas. Los parámetros de estandarización permiten obtener un grado o nivel de alteración que se clasifica en: normal, alteraciones leves, alteraciones moderada y alteraciones severas. Al final se obtiene un puntaje total y un perfil individual de funciones cognoscitivas.

**Confiabilidad:** Tiene altos índices de confiabilidad Test-Retest, que indican que las respuestas y errores son estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una población normal, por lo tanto, puede ser utilizado para el seguimiento de los efectos farmacológicos.

**Validación:** Los estudios han determinado que el NEUROPSI breve, distingue sujetos normales de pacientes con demencia, accidentes cerebrovasculares, daño en hemisferio cerebral derecho e izquierdo y traumatismo craneoencefálico.

**Áreas de Aplicación:** Puede ser utilizada en la evaluación cognoscitiva de individuos en los que se conoce o se sospechan alteraciones cerebrales. Útil como instrumento de tamizaje o para ayudar a determinar si se necesita de una evaluación neuropsicológica completa.

Ostrosky, Ardila, Rosselli (como citan Flores, Ostrosky y Lozano, 2008) refieren, la aplicación es individual, evalúa dominios específicos alterados por daños cerebrales, como, orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo, incluye procedimientos de lineamiento fijo tanto de administración como de la calificación de las sub pruebas, que incluye ítems relevantes que pueden ser aplicadas a personas analfabetas y de baja escolaridad.

Aporta datos cuantitativos y cualitativos, permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognoscitivas y sus habilidades, se puede clasificar la ejecución del paciente utilizando la escolaridad y la edad del sujeto, en normal, alteración leve, alteración moderada y alteración severa, potencialmente, el NEUROPSI proporciona datos relacionados con distintos síndromes neuroanatómicos (Ostrosky, Ardila, y Rosselli, 2004).

Para evidenciar la confiabilidad y validez de la batería psicológica, fue aplicado el Neuropsi a 40 personas cognoscitivamente intacta, en un periodo de 3 meses, la confiabilidad global test-retest fue 0.87 (Alfa de Cronbach), datos que muestran que las respuestas y errores son muy estables y que no existen efectos de practica o de deterioro en una población normal.

Clasificó correctamente a pacientes con demencia leve y moderada de un grupo control con exactitud mayor de 91.5%, y en sujetos con daño comprobado por Tomografía Axial Computarizada, el Neuropsi clasifico en 95% de acierto. Usado para establecer índices de sensibilidad y especificidad en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y en una muestra de pacientes con demencia y deterioro cognitivo incipiente (DCI) tanto en México como en Brasil (Ostrosky, Ardila, y Rosselli, 2004).

## **TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Los datos obtenidos de la encuesta y reactivos psicológicos aplicados, fueron analizados mediante estadística básica, y representados por medio de tablas y gráficos en el Software (IBM-SPSS) Statistical Package for the Social Sciences.

EL IBM® SPSS® Statistics es un sistema global para el análisis de datos. El SPSS Statistics puede adquirir datos de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes

tabulares, gráficos y diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los análisis se utilizaron para examinar las asociaciones entre las variables, de tiempo de consumo y déficit cognitivo. Se hicieron los análisis jerárquicos de regresión múltiple. En primera instancia se realizaron análisis preliminares para garantizar que no hubo irrespetó de los supuestos de normalidad.

## **PROCEDIMIENTO**

La investigación quedo estructurada en tres etapas, a continuación, se detalla el proceso seguido en las mismas para la consecución y cumplimiento de los objetivos planteados:

### **PRIMERA ETAPA**

**Primero:** En un primer momento se procedió a la observación del lugar de estudio y a la entrevista con los administrativos y encargados de la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja, para medir la factibilidad del estudio y apertura de las autoridades. Para fines de estacionamiento, cabe decir que, el contexto de la investigación estuvo enmarcado en la Fundación “Juan Pablo II”, que se encuentra ubicado, Vía a Cuenca, sector El Carigán; así mismo el bloque de internos, lugar específico de investigación, está conformado por 21 internos de la fundación.

**Segundo:** Solicitud formal dirigida al Director del de la Fundación “Juan Pablo II”, y posterior aprobación por parte del mismo, del respectivo permiso para la realización del trabajo de campo.

**Tercero:** Aplicación de forma permanente durante los meses de mayo, junio y julio de 2019, y en forma individual, de Consentimiento Informado, Encuesta, Test de AUDIT y NEUROPSI breve. Para la cual fue preciso calcular una muestra de tipo no probabilística, de esta manera se escogieron a 21 internos a evaluar, la misma que fue sesgada de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y de salida. La evaluación se realizó durante los días martes y jueves, durante todo el día.

## **SEGUNDA ETAPA**

**Primero:** Se realizó la aplicación de Consentimiento Informado, Encuesta y reactivos psicológicos (Test de AUDIT y NEUROPSI breve) a los 21 internos con la finalidad de determinar el nivel de consumo y nivel cognitivo en los internos.

**Segundo:** Se procedió a la tabulación de los datos recogidos a través de la encuesta estructurada y reactivos psicológicos con la finalidad de establecer la tabulación y la relación entre consumo de alcohol y déficit cognitivo mediante el software estadístico (IBM SPSS) Statistical Package for the Social Sciences, el mismo conlleva un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico que nos permite cumplir con los objetivos planteados en la investigación. Permitiendo obtener tablas, gráficos frecuencias, porcentajes y la correlación de Pearson, entre consumo de alcohol y déficit cognitivo.

**Tercero:** En esta etapa y para finalizar la misma, se efectuó la realización de las interpretaciones de los resultados a través del análisis tanto cuantitativo como cualitativo, la discusión de datos, conclusiones y recomendaciones.

### **TERCERA ETAPA**

Una vez que se recolecto la información deseada e identificados los niveles de consumo y niveles cognitivos, se procedió a la elaboración de un compendio bibliográfico sobre el tratamiento para la rehabilitación cognitiva de las áreas más afectadas (Atención y Concentración; Memoria), misma que fue elaborado bajo la supervisión de la directora de tesis.

## 6. RESULTADOS

**Objetivo general:** Analizar la relación entre el consumo de alcohol y el déficit cognitivo en pacientes internados en la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

Se obtuvo la información mediante la aplicación del AUDIT y NEUROPSI breve en español y encuesta,

El mayor porcentaje de pacientes consumen 6 o más bebidas alcohólicas semanalmente.

Las áreas con déficit cognitivo más afectadas en los internos de la fundación., como se observa en la Tabla 4 y Gráfico N° 4-5, donde se detalla que las áreas con mayor afectación son: Atención y Concentración, así como la Memoria (Codificación y Funciones de Evocación).

Además, se indica en la Tabla 5-6 y Grafico N° 6 que los años transcurridos desde el primer consumo de alcohol de los internos tiene un índice de correlación nada significativo, es decir, no existe una relación entre el tiempo de Consumo de Alcohol y Déficit Cognitivo en los internos, pues los resultados obtenidos indican que la gran parte de los internos encajan dentro del parámetro de normalidad en la Evaluación Global del NEUROPSI breve.

En definitiva, los resultados obtenidos en la presente investigación permiten confirmar que no existe la relación significativa entre el tiempo de consumo de alcohol y el déficit cognitivo, pues se evidenció que la mayor parte de los pacientes obtuvieron un puntaje general que los ubica dentro de los parámetros de normalidad.

Para mayor detalle de los resultados a continuación se analiza e interpreta cada uno de los objetivos específicos de la presente investigación.



## RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

### PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS

**Tabla 1**

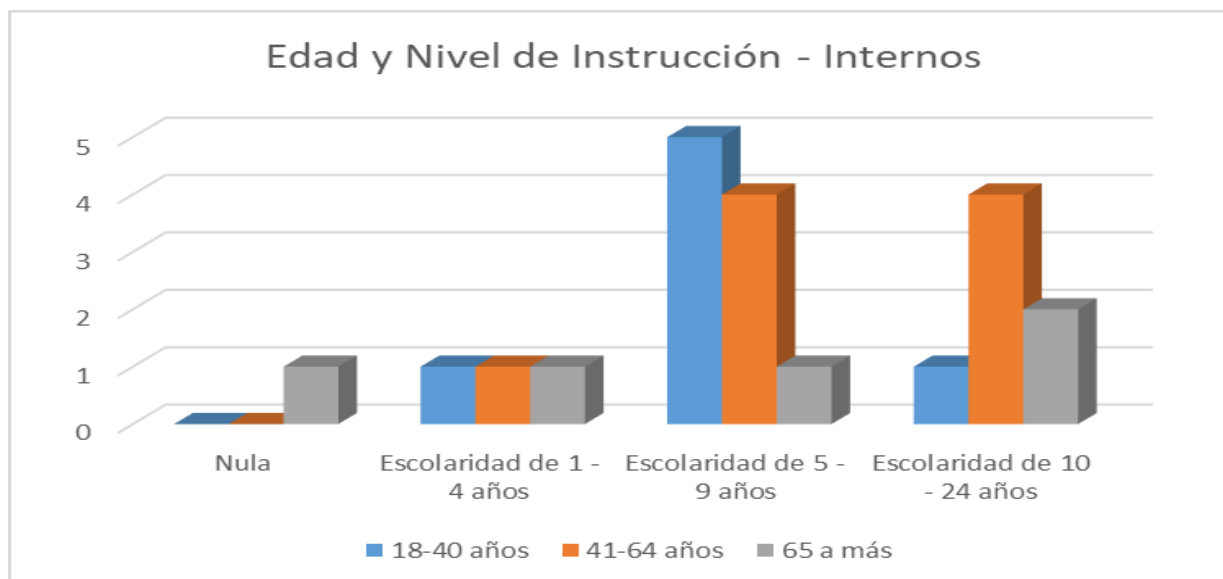
*Edad y nivel de instrucción del interno.*

			Nivel de Instrucción del Interno				Total Sujetos
			Nula	Escolaridad de 1 - 4 años	Escolaridad de 5 - 9 años	Escolaridad de 10 - 24 años	
Edad	18-40	años	0	1	5	1	7
	41-64	años	0	1	4	4	9
	65 o más	años	1	1	1	2	5
<b>Total</b>			<b>1</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>21</b>
	<b>Media <math>\bar{x}</math> = 49,24</b>	<b>años</b>	<b>4,8%</b>	<b>14,3%</b>	<b>47,6%</b>	<b>33,3%</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente:* Test de NEUROPSI breve aplicado a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

*Elaborado por:* Ronald Santiago Sarango Ortega.

Gráfico 1



**Gráfico 1.** Edad y nivel de instrucción-internos.

**Fuente:** Encuesta aplicado a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El promedio de años de vida de los participantes es de 49,24 años de vida. Los participantes más jóvenes tenían 27 años, mientras que el mayor 73 años. Se puede además evidenciar que existe un total de 21 individuos de 18 a 85 años de edad, los cuales representan el 100% de la muestra heterogénea estudiada. Del total de la población investigada, se detectó que el 47,6% que corresponde a 10 internos tienen una escolaridad de 5 a 9 años; el 33,3% de los internos que equivalen a 7 individuos poseen una escolaridad de 10 a 24 años; mientras que el 14,3% los cuales representan a 3 internos se ubican en una escolaridad de 1 a 4 años; por último, el 4,8% que pertenece a 1 persona, se encuentra en una escolaridad nula. Por lo tanto, la mayor parte de los internos tienen una escolaridad promedio de 5 a 9 años.

## APLICACIÓN DE ENCUESTA Y AUDIT

**Objetivo específico N° 1:** Identificar la frecuencia, intensidad y duración del consumo de alcohol en los internos de la Fundación “Juan Pablo II”

**Tabla 2**

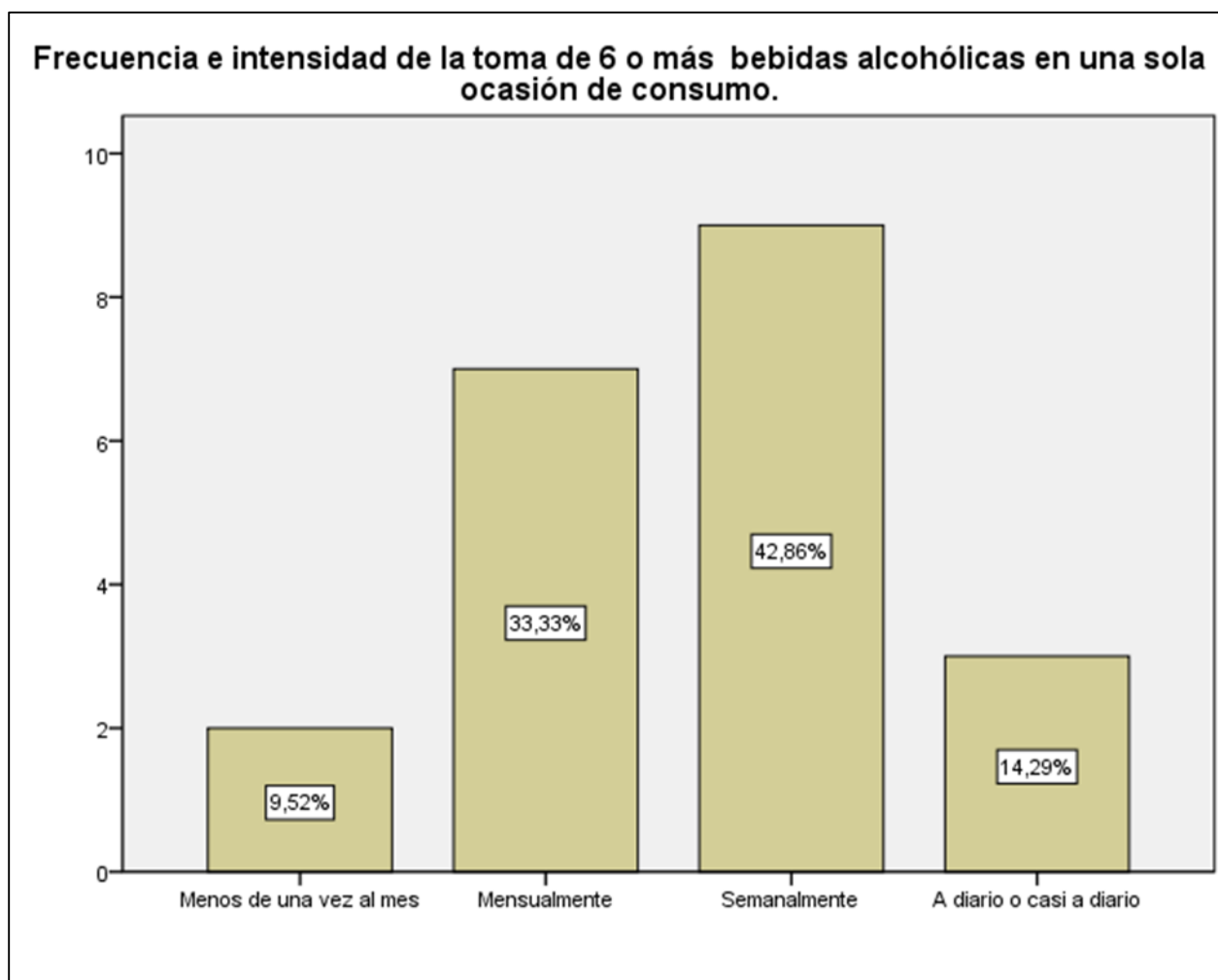
*Frecuencia e intensidad de la toma de 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo.*

	Frecuencia (f)	Porcentaje %
Menos de una vez al mes	2	9,5%
Mensualmente	7	33,3%
Semanalmente	9	42,9%
A diario o casi a diario	3	14,3%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta y AUDIT aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

Gráfico 2



**Gráfico 2.** Frecuencia e intensidad del consumo de alcohol.

**Fuente:** Encuesta y AUDIT aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se puede evidenciar que la mayor parte de la población evaluada consume un promedio de 6 o más bebidas alcohólicas, semanalmente en un 42,86%(9). Seguidamente están los que consumen alcohol el 33,33% (7) mensualmente. La media o el promedio de años de consumo de los internos es de 31,19 años. Se puede evidenciar que la mayor parte de los internos inicio su consumo a la edad de 18 años.

## APLICACIÓN DE ENCUESTA Y AUDIT

**Objetivo específico N° 1:** Identificar la frecuencia, intensidad y duración del consumo de alcohol en los internos de la Fundación “Juan Pablo II”

**Tabla 3**

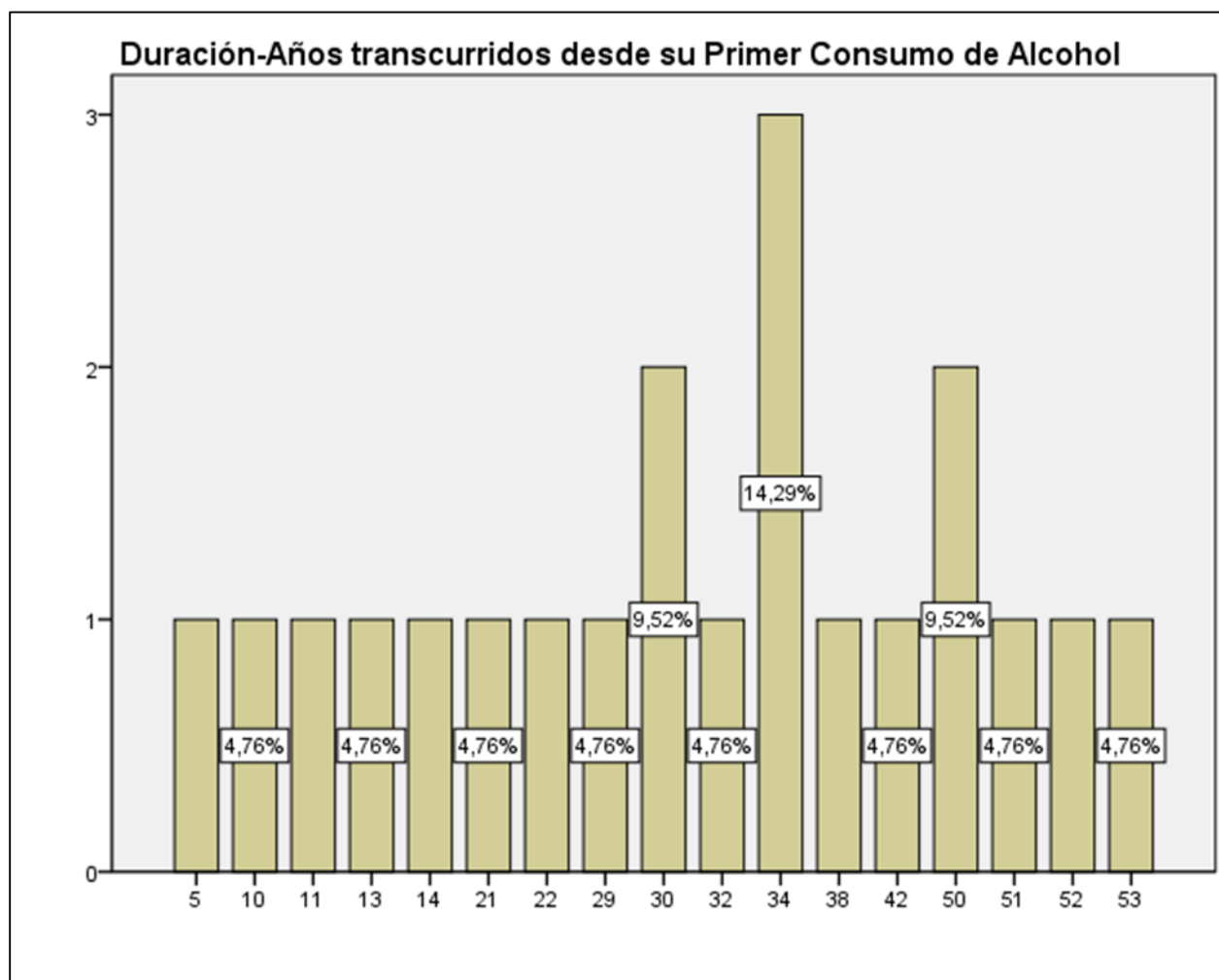
*Duración del consumo de alcohol.*

Años transcurridos desde su primer consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
5	1	4,8%
10	1	4,8%
11	1	4,8%
13	1	4,8%
14	1	4,8%
21	1	4,8%
22	1	4,8%
29	1	4,8%
30	2	9,5%
32	1	4,8%
34	3	14,3%
38	1	4,8%
42	1	4,8%
50	2	9,5%
51	1	4,8%
52	1	4,8%
53	1	4,8%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente:* Encuesta y AUDIT aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

*Elaborado por:* Ronald Santiago Sarango Ortega.

Gráfico 3



**Gráfico 3.** Duración -Años transcurridos desde su primer consumo de alcohol.

**Fuente:** Encuesta y AUDIT aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se puede evidenciar que la media o el promedio de años desde el primer consumo de alcohol en los internos es de 31,19 años. Además, se puede observar que la mayor parte de la muestra tiene más de 25 años transcurridos desde su primer consumo.

## APLICACIÓN DE NEUROPSI BREVE

**Objetivo específico N° 2:** Establecer cuáles son las áreas con déficit cognitivo más afectadas en los internos de la Fundación.

**Tabla 4**

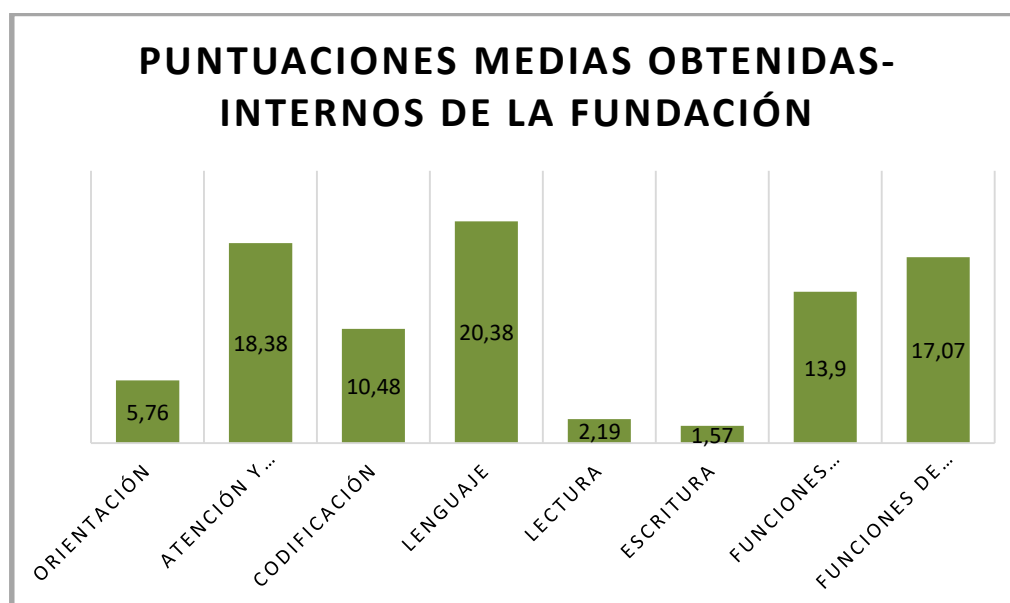
*Áreas cognitivas más afectadas en los internos de la Fundación.*

	PUNTUACIONES DE ÁREAS COGNOSCITIVAS NEUROPSI BREVE				
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	$\bar{x}$ de internos	Puntuación normal NEUROPSI	Diferencia obtenida
<b>Funciones Cognoscitivas</b>					
Orientación	21	100%	5,76	6	0,24
Atención y Concentración	21	100%	18,38	27	8,62
Codificación	21	100%	10,48	18	7,52
Lenguaje	21	100%	20,38	26	5,62
Lectura	21	100%	2,19	3	0,81
Escritura	21	100%	1,57	2	0,43
Funciones Ejecutivas	21	100%	13,90	18	4,1
Funciones de Evocación	21	100%	17,07	30	12,93

**Fuente:** Test de NEUROPSI breve aplicado a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

Gráfico 4

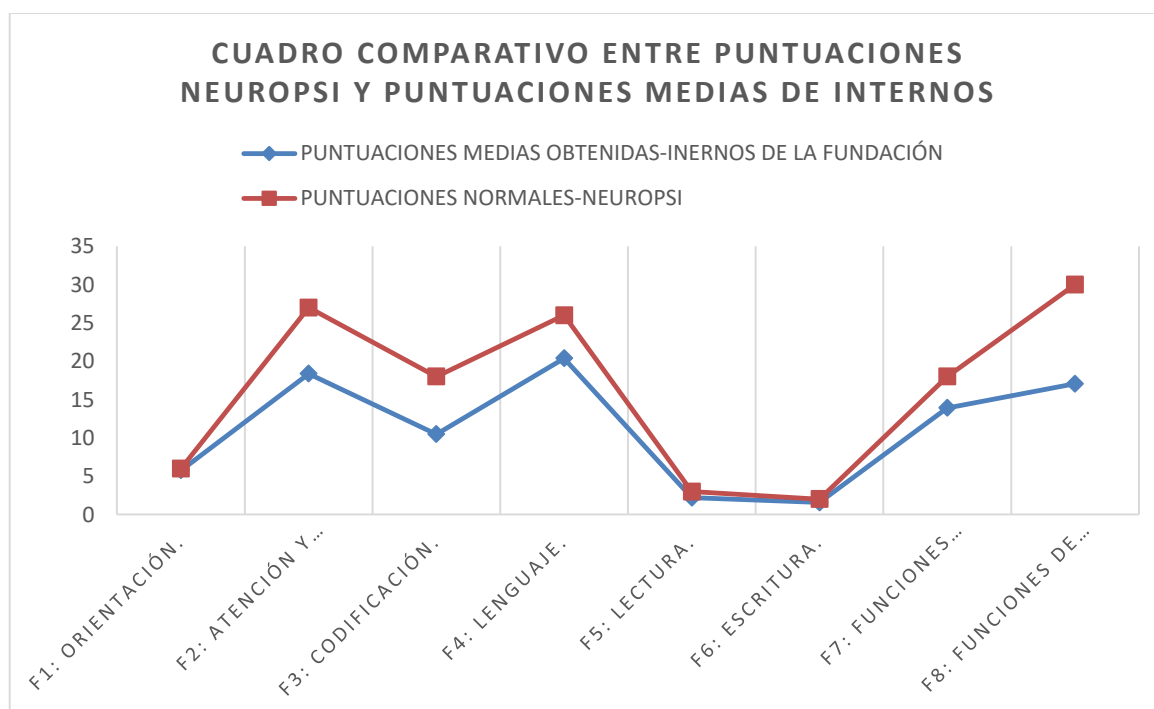


**Gráfico 4.** Puntuaciones medias de funciones NEUROPSI breve.

**Fuente:** Test de NEUROPSI breve aplicado a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

Gráfico 5



**Gráfico 5.** Puntuaciones NEUROPSI breve.

**Fuente:** Test de NEUROPSI breve aplicado a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del NEUROPSI breve, se puede evidenciar que las funciones cognitivas con menores puntajes son: Atención y Concentración con una media de puntaje de los internos de 18,38; seguido por la función de Codificación 10,48 puntos; y, por último, las funciones de evocación con una media de puntaje de los internos de 17,07. Considerando que las funciones de codificación y evocación se las ha tomado como memoria total.

## APLICACIÓN DE NEUROPSI BREVE Y ENCUESTA

**Objetivo específico N° 3:** Establecer la relación que existe entre el tiempo del consumo del alcohol y el déficit cognitivo en los pacientes de la Fundación.

**Tabla 5**

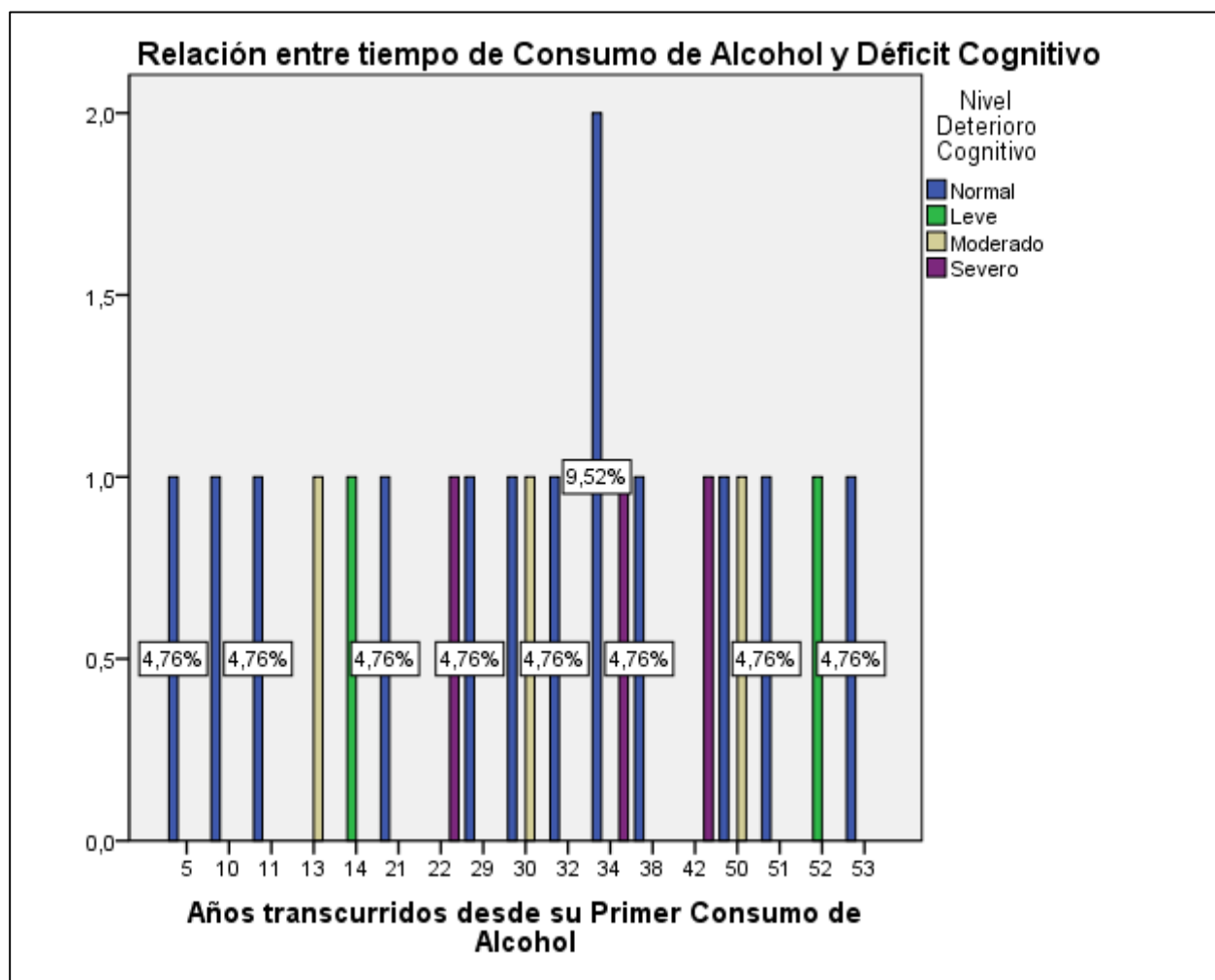
*Tabla cruzada -Años transcurridos desde su Primer Consumo de Alcohol\*Nivel Déficit Cognitivo.*

		Nivel Déficit Cognitivo				
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Total
Años transcurridos desde su	5	1	0	0	0	1
Primer Consumo de Alcohol	10	1	0	0	0	1
	11	1	0	0	0	1
	13	0	0	1	0	1
	14	0	1	0	0	1
	21	1	0	0	0	1
	22	0	0	0	1	1
	29	1	0	0	0	1
	30	1	0	1	0	2
	32	1	0	0	0	1
	34	2	0	0	1	3
	38	1	0	0	0	1
	42	0	0	0	1	1
	50	1	0	1	0	2
	51	1	0	0	0	1
	52	0	1	0	0	1
	53	1	0	0	0	1
<b>Total</b>		<b>13(61,9%)</b>	<b>2 (9,5%)</b>	<b>3 (14,3%)</b>	<b>3 (14,3%)</b>	<b>21 (100%)</b>

**Fuente:** Test de NEUROPSI y Encuesta aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

Gráfico 6



**Gráfico 6.** Relación entre tiempo de Consumo de Alcohol y Déficit Cognitivo.

**Fuente:** Test de NEUROPSI y Encuesta aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, periodo 2019.

**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del NEUROPSI breve y encuesta, se puede evidenciar que la mayor parte de la muestra encaja dentro de los parámetros de normalidad es decir 61,9 % (13), seguido de 14,3% (3) para el nivel de deterioro moderado, al igual el 14,3%(3) para el nivel de deterioro severo; por último, con un 9,5%(2) con el nivel de deterioro leve. Estos datos confirman que no hay una relación significativa entre el consumo de alcohol y déficit cognitivo.

**Objetivo específico N° 3:** Establecer la relación que existe entre el tiempo del consumo del alcohol y el déficit cognitivo en los pacientes de la Fundación.

**Tabla 6**

*Relación entre el tiempo del consumo del alcohol y déficit cognitivo.*

		Años transcurridos desde su Primer Consumo de Alcohol	Nivel Deficit Cognitivo
Años transcurridos desde su Primer Consumo de Alcohol	Correlación de Pearson	1	,045
	Sig. (bilateral)		,847
	N	21	21
Nivel Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	,045	1
	Sig. (bilateral)	,847	
	N	21	21

**Fuente:** Test de NEUROPSI y Encuesta aplicados a los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.  
**Elaborado por:** Ronald Santiago Sarango Ortega.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Los años transcurridos desde el primer consumo de alcohol de los internos con el nivel de déficit cognitivo tomado del puntaje global de la aplicación del test de NEUROPSI se ve reflejado con un índice de correlación de 0,045 por lo tanto no es significativo, es así que el valor de p es de 0,847 > 0,05, mismo que determina que no existe una asociación entre el tiempo de consumo de alcohol y déficit cognitivo en los internos de la Fundación “Juan Pablo II”, de la ciudad de Loja.



**Objetivo específico N° 4:** Realizar un compendio bibliográfico acerca de la rehabilitación cognitiva para pacientes que muestren déficit cognitivo en las áreas más afectadas.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

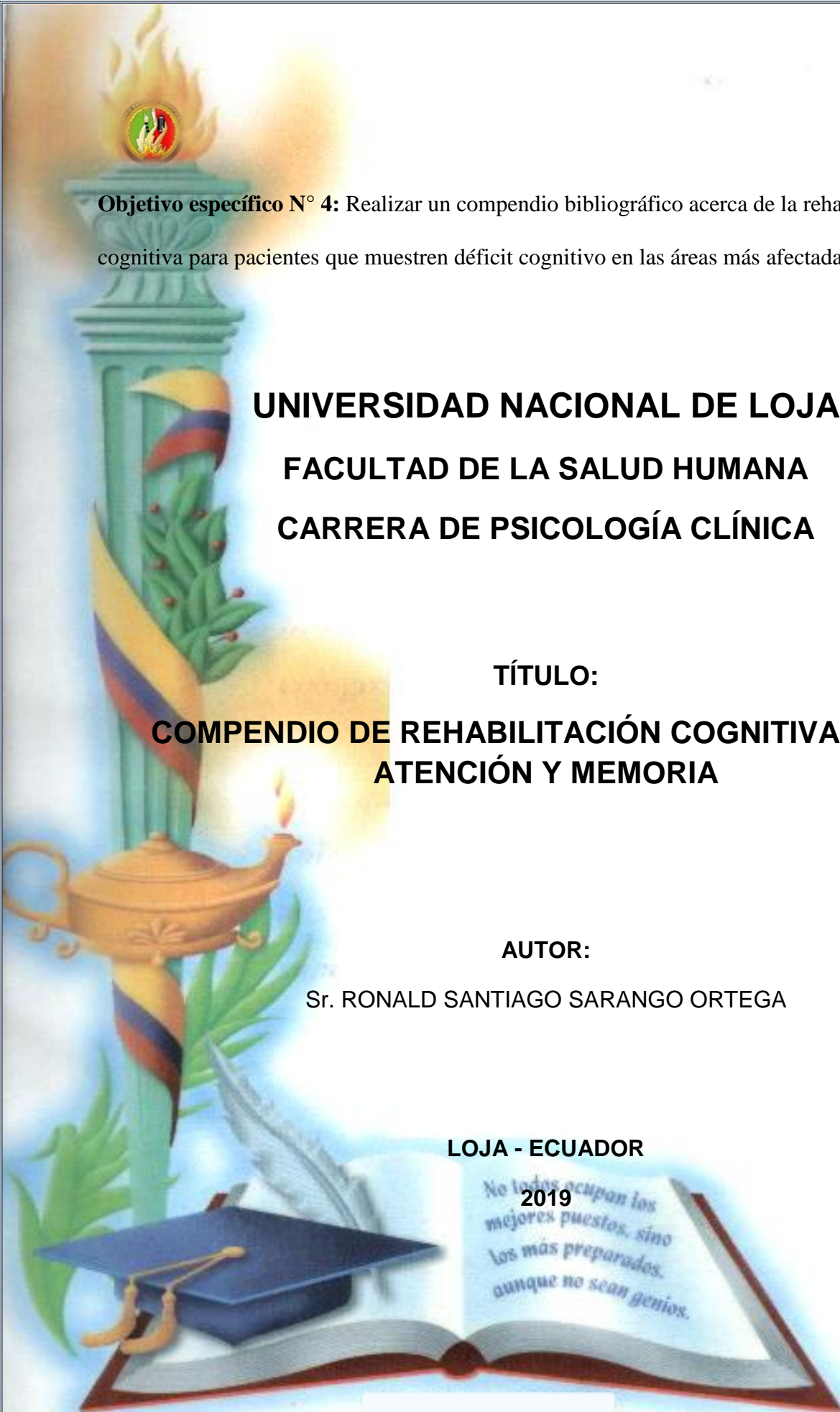
**TÍTULO:**  
**COMPENDIO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA DE LA**  
**ATENCIÓN Y MEMORIA**

**AUTOR:**  
Sr. RONALD SANTIAGO SARANGO ORTEGA

**LOJA - ECUADOR**

**2019**

*No todos ocupan los  
mejores puestos, sino  
los más preparados,  
aunque no sean genios.*



## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha generado gran interés por la rehabilitación de las personas que han sufrido alteraciones cognitivas por consecuencia de distintos factores como los sociodemográficos, nivel de escolaridad, lesión cerebral, problemas de salud mental, un signo de demencia, infecciones en el cerebro, abuso de medicamentos (barbitúricos o hipnóticos), avanzada edad del sujeto entre otras causas más. Se ha demostrado que los cerebros adultos de los mamíferos tienen mayor neuroplasticidad, dependiente de la experiencia especialmente al nivel de la sinapsis. Los avances realizados en las neurociencias cognitivas han permitido mejorar la comprensión de los procesos cognitivos y de la naturaleza de los déficits cognitivos adquiridos. En este compendio se hace una revisión no muy profunda de las principales estrategias y técnicas que se utilizan en el campo de la rehabilitación neuropsicológica y específicamente de la estimulación cognitiva de los pacientes con déficit cognitivo (Mateer, 2003).

Las primeras investigaciones en sujetos con alteraciones cognitivas, que recibían tratamiento, muestran que la recuperación, se debe producir no solo a nivel físico sino también debe incluir al contexto social. Es decir, además de que la persona camine, hable y pueda realizar sus necesidades físicas, la rehabilitación debe involucrar a las familias, a la comunidad y reintegrar a la persona en su medio ambiente familiar, educativo y laboral (Mateer, 2003).

De acuerdo con esta perspectiva, la rehabilitación cognitiva se define como la aplicación de procedimientos de técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficit cognitivos pueda retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades

cotidianas (Mateer, 2003). En este compendio se hará énfasis en aquellas tareas que buscan mejorar los déficits cognitivos, en específico de la atención y la memoria.

Dichos déficits pueden afectar negativamente a una gran cantidad de habilidades adaptativas, tales como la capacidad de autocuidado, de mantener relaciones sociales, de tener éxito en lo académico y conseguir un buen trabajo.

Varios artículos científicos, libros e investigaciones realizadas actualmente, ayudan a tener una noción más amplia de la rehabilitación cognitiva.

Como resultado de lo anterior, los terapeutas deben escoger que técnica es la más eficaz para la rehabilitación cognitiva en diferentes perfiles o individuos que muestran estos déficits.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente compendio tiene gran relevancia puesto que se lo realizó luego del análisis e interpretación de resultados de la presente investigación titulada “CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019”, sobre esta base se tomó como predominancia los resultados obtenidos en los pacientes evaluados.

Por lo antes mencionado es importante implementar estrategias de rehabilitación ante las distintas disfunciones cognitivas presentes en los internos, sin la generación de juicios de valor sino de brindarles herramientas propicias para la adaptación en la comunidad creando un resultado beneficioso en la recuperación integral del paciente.

Es innovador ya que en la actualidad en nuestro contexto no se le ha tomado la suficiente importancia a este tipo de tratamiento, en especial a las personas que están inmersos en el consumo de drogas.

Cuenta con un alto grado de originalidad debido a la integración de fundamentos teóricos y prácticos de la rehabilitación neuropsicológica, en especial de la estimulación cognitiva, haciendo uso de tareas para ser utilizados con los internos de forma directa. Se debe hacer hincapié en la relevancia del estudio del consumo de alcohol y déficit cognitivo puesto que estas alteraciones cognitivas, puede llegar a causar daño permanente e irreversible en la salud tanto mental como física en los pacientes, presentando afectaciones cognitivas profundas o severas.



## **OBJETIVOS**

### **General**

- Realizar un compendio sobre la rehabilitación cognitiva de las áreas más afectadas en los internos de la Fundación Juan Pablo II de la ciudad de Loja., periodo 2019.

### **Específicos**

- Investigar las técnicas más utilizadas en la estimulación cognitiva específicamente de la atención y la memoria.
- Entregar la recopilación del compendio de estimulación cognitiva a los directivos de la Fundación “Juan Pablo II”, de la ciudad de Loja.

## **COMPENDIO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA**

### **CONCEPTO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.**

El término estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc.), ya sea ésta en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central. Ahora bien, en algunos contextos se usa el término rehabilitación, que va más allá e implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Esto incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social (WHO, 2001).

Mientras que, Muñoz *et al.* (2009) afirma, la rehabilitación neuropsicológica abarca cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo permitir a los pacientes que han sufrido una lesión cerebral, y a sus familiares, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana. Dicho de otro modo, la rehabilitación neuropsicológica comprende un sistema de actividades terapéuticas, basado en las relaciones cerebro-conducta, dirigido a alcanzar cambios funcionales (p.13).

## **OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.**

Wilson (como se citó en Muñoz et al., 2009) refiere la rehabilitación neuropsicológica es un proceso a través del cual los pacientes con daño cerebral trabajan junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica. Las metas básicas de la intervención se pueden resumir en dos grandes objetivos:

- Reducir las consecuencias de las deficiencias cognitivas en la vida diaria.
- Reducir el nivel en que estas deficiencias impiden el funcionamiento adecuado del individuo en su entorno social.

Estos objetivos globales pueden detallarse en cuatro objetivos específicos:

- a) Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización.
- b) Favorecer la estimulación de las funciones cognitivas superiores.
- c) Acompañar a la persona en la toma de conciencia de sus dificultades.
- d) Acompañar a la persona y a sus allegados en el trabajo de elaborar un nuevo proyecto de vida (p.16).

## **COMPENSACIÓN DE LA FUNCIÓN.**

Los enfoques compensatorios asumen que el tratamiento induce la sustitución de la función por medio de una reorganización funcional. Es decir, que las regiones intactas del cerebro asumen la función de aquellas dañadas de modo compensatorio.

Las estrategias compensatorias van dirigidas a que el paciente aprenda o reaprenda a realizar actividades funcionales significativas para su vida cotidiana. De este modo, los pacientes pueden

aprender a realizar dichas actividades, aunque la función alterada no mejore de forma específica (Muñoz *et al.*, 2009, p.21).

## **¿CÓMO SELECCIONAR LAS INTERVENCIONES?**

Mateer (como se citó en Arango, 2006) enfatiza, se debe tener en cuenta diferentes aspectos para la selección de las estrategias de rehabilitación. Una de las características más importantes es el nivel de conciencia que presenta la persona. Una persona con poco nivel de conciencia y poca capacidad de autorregulación necesitara intervenciones de carácter extremo que incluyan varias estrategias conductuales, entrenamiento en tareas rutinarias y modificación ambientales que le faciliten la orientación de su conducta. Estas intervenciones son consideradas mecanismos de compensación, pero en este nivel tienden a ser de tipo pasivo ya que el individuo no puede autoiniciar ni autorregularse, sino que aprende a responder. Las estrategias con estas personas son muy específicas a la tarea y a la situación particulares, y no se espera que se produzcan una generalización del aprendizaje a otros contextos (p.6).

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIONES MÁS COMUNES.**

Existen varias técnicas que se utilizan en el trabajo, con adultos y niños con daño cognitivo, a continuación, las resumimos:

### ***Modificaciones ambientales.***

Son todos aquellos cambios que se realizan en el ambiente físico (p. ej.; uso de etiquetas o cuadros de papel con los nombres de las cosas que guarda cada mueble, pizarrón en que se puedan dejar recordatorios, entre otros) de las personas con dalo cerebral con el fin de reducir sus déficits funcionales y conductuales (Arango, 2006).

### ***Aplicación de mecanismos y estrategias compensatorias***

En el campo de la rehabilitación cognitiva existen distintos tipos de ayudas compensatorias, y la de la memoria es el área en que se conduce la investigación más extensa. Estas ayudas, como calendarios, alarmas, relojes, libros de memoria, agendas u ordenadores personales se han usado mucho en personas con daño cerebral (Arango, 2006).

### ***Técnicas de restauración***

Consiste en diseñar actividades sistemáticas con el fin de mejorar una capacidad cognitiva subyacente. Esta aproximación parte de la base de que se fortalecen estas capacidades cognitivas.

### ***Técnicas de aprendizaje especializadas***

La enseñanza de información y capacidades nuevas a personas que tienen dificultades para adquirir aprendizajes nuevos es importante identificar y utilizar técnicas que hayan mostrado ser eficaces en el trabajo con daño cerebral (Arango, 2006).

### ***Aprendizaje sin errores***

El aprendizaje sin errores consiste en ofrecer las respuestas correctas específicas de una tarea hasta que la persona consigue consolidar la información nueva. En las personas con déficits de memoria, dicha técnica ha resultado de gran utilidad en el aprendizaje asociativo entre nombres y caras, información de orientación, aprendizaje de pequeñas secuencias de comportamiento y en aprender rutas para desplazarse (Arango, 2006).

## **TAREAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA ATENCIÓN.**

### **TAREA 1: EJERCICIO DE BÚSQUEDA DE SÍMBOLOS/DIBUJOS**

**Material:** Lámina con símbolos y dibujos con números asignados y la misma lámina

sin los números.

**Instrucciones:** Se proporciona al sujeto una hoja en la que aparecen en la parte superior unos símbolos o unos dibujos a los que se ha asignado un número. A continuación, el sujeto encuentra los mismos símbolos o dibujos, pero sin el número correspondiente. La tarea consiste en verificar el número asignado a cada estímulo y escribirlo en la casilla correspondiente. La dificultad de la tarea puede aumentar en función de varios factores: (a) Semejanza entre los símbolos o dibujos, lo que puede requerir en mayor o menor medida la implicación, además de la capacidad de atención sostenida, de procesos de atención selectiva, necesarios para diferenciar el estímulo a atender de los distractores, y (b) presencia o no de un intervalo de tiempo para completar la ejecución de la tarea.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad de atención del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

## Ejemplos:

Gráfico 7



















%	$\Delta$	$\uparrow$	$\Sigma$	$\neq$	$\infty$	$\triangle$		☀	»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

$\Sigma$	»	$\triangle$	$\infty$	$\infty$	$\Delta$	$\neq$	$\triangle$	»	$\uparrow$
	☀	$\neq$	$\infty$	%	$\Sigma$	☀	%	$\neq$	$\Sigma$

**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 7.** Ejemplo de tarea de búsqueda de símbolos. El sujeto tiene que asignar a cada símbolo el número correspondiente y escribirlo en la casilla adecuada.

Gráfico 8

					
1	2	3	4	5	6

**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 8.** Ejemplo de tarea de búsqueda de dibujos. El sujeto tiene que asignar a cada dibujo el número correspondiente y escribirlo en la casilla adecuada.

## TAREA 2: SOPA DE LETRAS

**Material:** Lámina cuadriculada que contiene una letra en cada una de las celdas.

**Instrucciones:** La tarea consiste en encontrar una serie de palabras inmersas en un conjunto de letras desordenadas. Es un ejercicio útil para el entrenamiento de la atención sostenida, la atención selectiva y para el rastreo visual, ya que es necesario proceder con cierto orden en la búsqueda de las letras que constituyen las palabras clave, evitando dejar espacios inexplorados.

**Objetivo:** Aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

**Ejemplo:**

**Gráfico 9**

F	P	G	D	R	O	T	S	E	C	N	O	L	A	B
U	D	A	A	D	A	L	A	C	S	E	I	M	R	N
T	R	L	A	E	S	Q	U	I	N	S	B	P	N	J
B	I	V	N	C	O	D	I	X	P	W	H	O	Q	K
O	S	Y	S	I	N	E	T	J	G	M	I	Z	A	A
L	G	W	U	W	A	W	S	T	G	C	E	C	X	T
X	E	E	E	A	M	V	E	O	A	R	I	I	V	Z
C	W	U	Z	T	N	E	L	T	D	C	Q	J	K	E
A	I	N	S	E	O	F	A	E	L	P	Y	W	G	T
L	B	N	W	R	L	N	J	I	E	B	C	O	I	I
E	J	C	C	P	A	A	S	L	G	W	L	M	V	S
V	H	U	W	O	B	M	O	U	A	Q	Q	E	R	M
Q	A	O	D	L	O	T	R	N	A	D	T	R	P	O
G	W	M	X	O	A	I	D	M	H	S	Y	W	N	I
K	M	M	N	H	E	B	O	X	E	O	Z	D	A	G

**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).

**Gráfico 9.** Ejemplo de sopa de letras temática. Se requiere al sujeto que busque las siguientes palabras que indican diferentes tipos de deporte: ajedrez, atletismo, baloncesto, balonmano, boxeo, ciclismo, escalada, esquí, fútbol, judo, golf, natación, pelota, remo, rugby, tenis, vela, waterpolo.



**TAREA 3: EJERCICIO DE LECTURA**

**Material:** Lámina en la que aparece un texto cuyas filas tienen un número asignado. La lámina presenta una línea roja vertical en su lado izquierdo.

**Instrucciones:** Esta tarea está diseñada para el entrenamiento de la lectura en pacientes con dificultades de búsqueda visual y heminegligencia. Se presenta al sujeto un texto en el que aparecen unos números al principio y al final de cada línea. El número con el que termina cada fila es el mismo con el que empieza la fila siguiente: así, los números constituyen una guía que permite al sujeto proceder de forma ordenada en la lectura, atendiendo a todas las palabras de izquierda a derecha y pasando de una fila a la consecutiva. En la parte izquierda del texto aparece una línea roja vertical muy llamativa con la función de atraer la atención del paciente hacia el lado que suele desatender (véase figura 10).

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad de atención del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

**Ejemplo:****Gráfico 10**

1	Soy ya un hombre mayor. Toda mi vida la he pasado en una tierra	verde	2	
2	y gris. Ambos colores conviven en ella y dependiendo de cómo se la mire		3	
3	predominan en su estampa uno u otro. Yo siempre hab	ía preferido	4	
4	fijarme en el verde. Dicen que es el color de la esperanza. Para	mí ha	5	
5	sido el color de una vida de dicha, de trabajo honesto, de amist	ades y	6	
6	amores intensos, y de largos años de quietud y armonía.		7	
7	Aquello se acabó el día en que aquel tipo ataviado como un empleado de		8	
8	pompas fúnebres, lúgubre como un conde Drácula de ciudad, moreno de		9	
9	pelo, y peinado con tanta gomina que parec	ía que una vaca le hubiera	10	
10	lamido la cabeza, nos anunci	ó que la serrer	ía echaba el cierre. Iba	11
11	vestido de negro, como negras eran las noticias que portaba cons	igo. El	12	
12	verde se esfum	ó. La bruma gris lo inund	ó todo. Las sonrisas se	13
13	extinguieron, los p	ájaros dejaron de cantar, o al menos yo dej	é de	14
14	escucharles, y el valle entero languideció.			

**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).

**Gráfico 10.** Ejercicio de lectura para el entrenamiento de la atención espacial y el rastreo visual. Los números que aparecen en azul constituyen una guía que permite al sujeto leer todas las palabras procediendo de izquierda a derecha y pasando de una fila a la siguiente. La línea roja vertical atrae la atención del sujeto hacia el lado izquierdo.

#### **TAREA 4: EJERCICIO DE ATENCIÓN DIVIDIDA**

**Material:** Una baraja de cartas y una lámina en la que aparecen grupos de letras desordenadas que forman palabras.

**Instrucciones:** En esta tarea el sujeto tiene que clasificar una baraja de cartas en función del valor y, simultáneamente, escuchar una presentación verbal de 4 letras que, ordenadas, forman una palabra. El sujeto deberá formular la palabra mientras ordena las cartas.

La dificultad de la tarea aumenta en función de la longitud de las palabras estímulo (cuantas más letras, mayores demandas de memoria de trabajo), de la rapidez con la que se presentan al sujeto las diferentes letras y de la velocidad que se puede requerir en la ejecución de la tarea de clasificación de cartas.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad de atención del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

**Ejemplo:**

Secuencias de letras que, ordenadas, forman una palabra

O-Z-A-L	LAZO
A-Y-R-O	RAYO
A-C-A-M	CAMA
A-T-A-B	BATA
S-A-B-O-L	BOLSA
D-A-L-C-O	CALDO
E-D-I-O-M	MEDIO
S-A-O-C-S	COSAS
R-O-E-B-S	SOBRE

## TAREA 5: EJERCICIO DE RASTREO Y BÚSQUEDA VISUAL

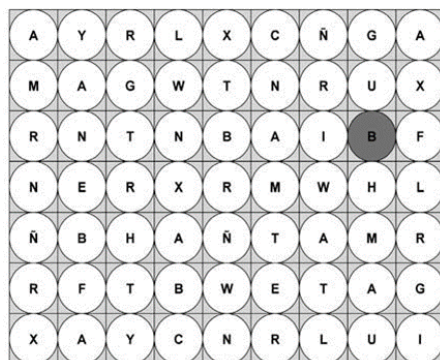
**Material:** Para la ejecución de esta tarea es necesaria la pantalla de un ordenador.

**Instrucciones:** En esta tarea aparece en la pantalla de un ordenador un cuadrado dividido en filas y columnas; cada celda está ocupada por un circulito blanco que contiene una letra. Los circulitos blancos, empezando por el primero arriba a la izquierda y consecutivamente de izquierda a derecha o de arriba a abajo, se vuelven rojos durante un intervalo de tiempo determinado. El sujeto tiene que nombrar la letra correspondiente al circulito que cambia de color. En una tarea que se emplea principalmente para entrenar el rastreo y la búsqueda visual. Es posible modificar el intervalo de tiempo entre la aparición de los estímulos diana.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad de atención del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

**Ejemplo:**

**Gráfico 11**



**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009). **Gráfico 11.** Ejemplo de tarea de búsqueda de dibujos. El sujeto tiene que asignar a cada dibujo el número correspondiente y escribirlo en la casilla adecuada.

## **TAREA 6: EJERCICIO DE BÚSQUEDA DE DIFERENCIA**

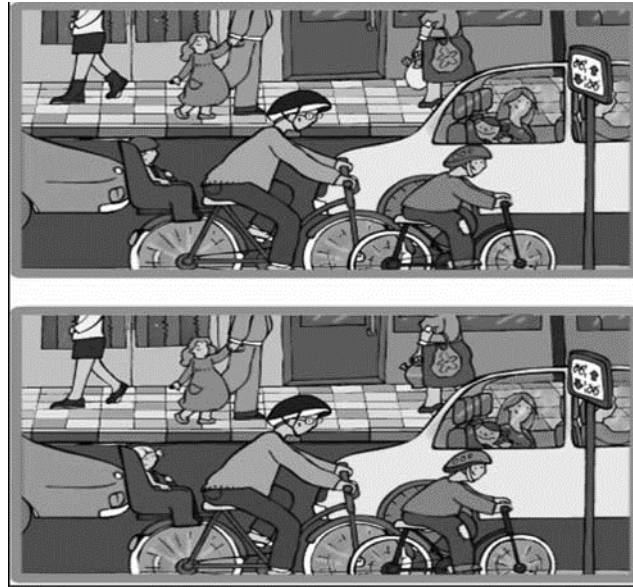
**Material:** Lámina en la que aparecen dos dibujos parecidos pero que se diferencian en algún aspecto.

**Instrucciones:** Se presentan al sujeto dos figuras parecidas, pero no iguales; la tarea consiste en encontrar los detalles por los que se diferencian (figura 14). Los procesos que se pueden ver implicados en este tipo de ejercicio son la atención sostenida, la búsqueda y el rastreo visual, la atención selectiva (porque hay que buscar y encontrar los detalles entre una serie de estímulos irrelevantes y distractores) y la memoria de trabajo (el componente visual de la memoria de trabajo permite la confrontación entre dos figuras, manteniendo activas las informaciones sobre una de ellas mientras se está mirando la otra).

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad de atención del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

**Ejemplo:**

**Gráfico 12**



**Fuente:** tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 12.** Ejemplo de ejercicio de búsqueda de diferencia entre dos imágenes.

## TAREA 7: EJERCICIO BUSCAR SIMILITUDES.

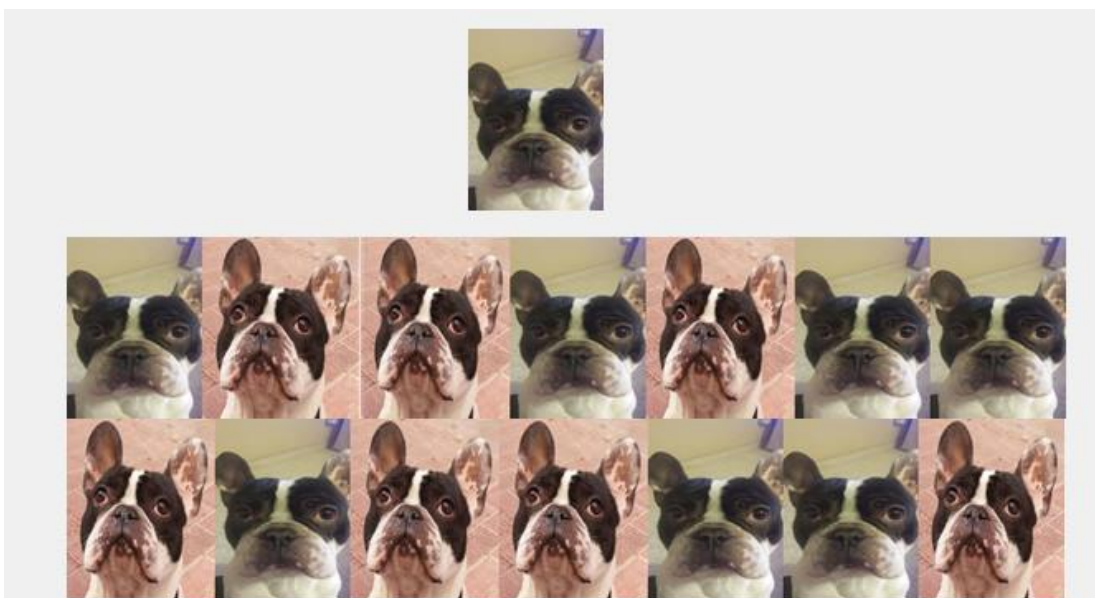
**Material:** Para la ejecución de esta tarea es necesario un lápiz.

**Instrucciones:** En esta tarea se le da una lámina al sujeto para que encuentre las imágenes similares a la imagen que se encuentra en la parte superior.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad de atención del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su control a la hora de mantener la atención en un ejercicio determinado y el que focalice correctamente la información que tiene delante, es decir, trabajar su Atención Sostenida y Calidad Atencional.

**Ejemplo:**

**Gráfico 13**



**Fuente:** Tomado de Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria, de Ansón *et al.* (2015).

**Gráfico 13.** Ejemplo de ejercicio de búsqueda de similitudes entre varias imágenes.



## TAREAS ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA MEMORIA.

### 6.1.1. Estimulación de la memoria sensorial.

#### TAREA 1: IDENTIFICAR EL NÚMERO DE ELEMENTOS QUE FORMAN UNA FIGURA GEOMÉTRICA

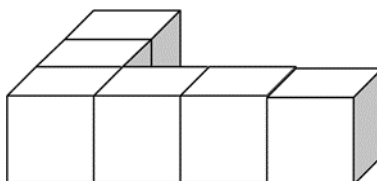
**Material:** Láminas en las que se representan figuras geométricas de diferente complejidad compuestas por cubos.

**Instrucciones:** Se le muestran al paciente las láminas de una en una durante un tiempo limitado (el tiempo variará en función de la dificultad y de las capacidades del sujeto) y se le dan las siguientes instrucciones: “Te voy a enseñar unas láminas. En cada una de ellas hay una figura formada por varios cubos geométricos. Tu tarea consiste en decirme cuántos cubos forman la figura, teniendo en cuenta aquellos que no puedes ver directamente”.

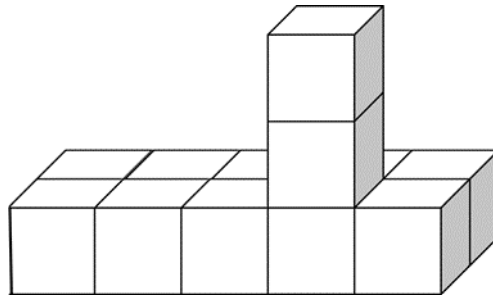
**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria sensorial.

**Ejemplo:**

**Gráfico 14**



**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009). **Gráfico 14.** Forma geométrica sencilla.

**Gráfico 15**

**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 15.** Forma geométrica compleja

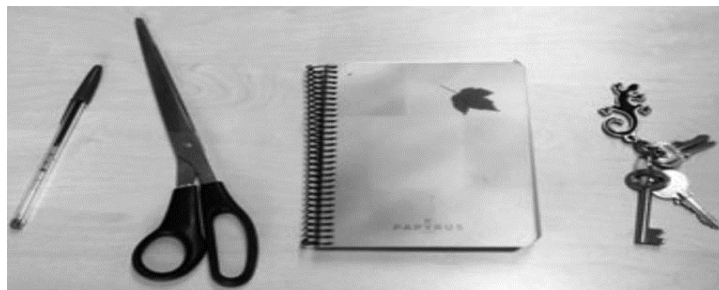
## **TAREA 2: RECUERDO SERIAL DE OBJETOS**

**Material:** Objetos reales de pequeño tamaño (llaves, teléfono, reloj, cuchara, etc.).

**Instrucciones:** Se colocan en fila diferentes objetos y se le dan al sujeto las siguientes instrucciones: “Voy a mostrarte una serie de objetos. Debes intentar recordarlos en el mismo orden en el que los he colocado. Después los retiraré y debes repetir, en el mismo orden, los objetos que te he mostrado”.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria sensorial.

**Ejemplo:**

**Gráfico 16**

**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 16.** Presentación serial de objetos.

*Estimulación de la memoria operativa.*

**TAREA 3: RECUERDO MENTAL DE DIFERENTES PROPIEDADES DE LAS LETRAS DEL ABECEDARIO**

**Material:** Ninguno.

**Instrucciones:** Antes de realizar esta tarea debemos estar seguros de que el paciente conoce el abecedario. El paciente debe imaginar las letras del abecedario mentalmente y responder preguntas planteadas por el profesional. Se le dan las siguientes instrucciones: “Me gustaría que imaginaras mentalmente las letras del abecedario, porque voy a hacerte algunas preguntas sobre ellas”.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria operativa.

**Ejemplos:**

“¿Qué letras del abecedario tienen ángulos rectos?”

**Respuesta correcta:** E, F, H, L, etc.

“¿Qué letras del abecedario tienen medias lunas en su forma?”

**Respuesta correcta:** B, C, D, etc.

**TAREA 4: REALIZAR OPERACIONES ARITMÉTICAS MENTALMENTE**

**Material:** Láminas para el profesional con diferentes operaciones aritméticas de diferente complejidad.

**Instrucciones:** El profesional lee al paciente en voz alta las operaciones aritméticas para que el paciente vaya realizando mentalmente dichas operaciones. Las instrucciones son las siguientes: “Voy a decirte una operación aritmética y tú debes hacerla mentalmente. No puedes tomar notas, ni usar calculadora. Tienes que hacerla mentalmente”.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria operativa.

**Ejemplos:**

$$4 \times 8 = 11$$

$$2 \times 15 = 30$$

$$12 + 4 - 6 = 10$$

*Estimulación de la memoria a largo plazo.*

**Estimulación de la memoria a largo plazo verbal**

**TAREA 5: IDENTIFICAR PERSONAJES FAMOSOS**

**Material:** Listado de personajes famosos.

**Instrucciones:** “Ahora yo voy a pensar en un personaje famoso que seguro que tú conoces.

Puede ser un actor, un cantante, un político, etc. Tú tendrás que adivinar en qué personaje estoy pensando a partir de preguntas a las que solo podré responder Si o NO. Debes estar muy atento porque no puedes repetir preguntas. Además, debes acordarte de todas mis respuestas porque te ayudarán a averiguar la respuesta”

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria a largo plazo verbal.

**Ejemplo:**

Fidel Castro

Julio Iglesias

Javier Bardem

Woody Allen

## **TAREA 6: CONSTRUIR UNA HISTORIA A PARTIR DE UNAS PALABRAS DADAS Y RECUERDO POSTERIOR**

**Material:** Tarjetas con palabras o dibujos.

**Instrucciones:** Se le dan al paciente tres tarjetas con tres palabras escritas (o tres dibujos) y a partir de ellas debe construir una pequeña historia que deberá repetir después. Se le dice: “Voy a enseñarte tres palabras (tres dibujos) y tú debes inventarte una pequeña historia que contenga las tres. Además, debes intentar recordarla, porque luego me la tendrás que contar de nuevo”. Se le muestran las tres palabras (o dibujos) y se le dejan visibles hasta que construye la historia.

Después se le retiran las tarjetas y se le solicita que repita la historia que se inventó.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria a largo plazo verbal.

**Ejemplo:**

**Gráfico 17**



**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 17.** Ejemplo de dibujos a partir de los cuales se ha de crear una historia.

*Estimulación de la memoria a largo plazo visual.*

**TAREA 7: RECUERDO ESPACIAL DE OBJETOS**

**Material:** Lámina con diferente número de dibujos.

**Instrucciones:** Se presenta al paciente la lámina con dibujos y se le dice: “En esta lámina aparecen unos dibujos, en diferentes lugares de la lámina. Debes tratar de retener dónde está cada una de ellas porque luego te pediré que lo recuerdes. ¿Preparado?” Una vez administrada la parte de recuerdo, se retira la lámina con los dibujos y se sustituye por una lámina con una cuadrícula en la que el sujeto debe colocar los dibujos.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria a largo plazo visual.

**Ejemplo:**

**Gráfico 18**



**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009). **Gráfico 18.** Imágenes de objetos varios.

**Gráfico 19**


**Fuente:** Tomado de libro de Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica, de Muñoz *et al.* (2009).  
**Gráfico 19.** Imagen de cuadro.



**TAREA 8: COPIA DE MITAD DE FIGURA FALTANTE**

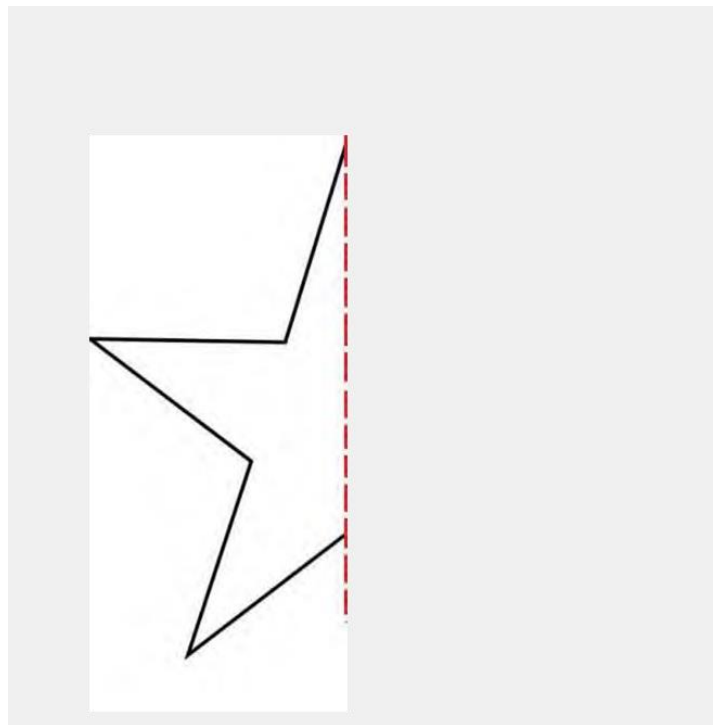
**Material:** Lámina con la mitad de dibujo.

**Instrucciones:** Se presenta al paciente la lámina con dibujos y se le dice: “En esta lámina aparecen un dibujo, con la mitad de la imagen faltante. Se le pide al paciente que dibuje la mitad de la imagen faltante.

**Objetivo:** Trabajar y mejorar la capacidad memorística del sujeto. Su finalidad es aumentar en el individuo su memoria a largo plazo visual.

**Ejemplo:**

**Gráfico 20**



**Fuente:** Tomado de Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria, de Ansón *et al.* (2015).

**Gráfico 20.** Ejemplo de ejercicio de búsqueda de similitudes entre varias imágenes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arango, J. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Mexico D. F: El Manual Moderno S. A.

Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C., & Torrea, I. (01-30 de Junio de 2015). *Consortio Sanitaria Integral*. Obtenido de Consorcio Sanitaria Integral:  
[https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi\\_editora\\_94\\_3\\_1.pdf](https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf)

Mateer, C. (1-30 de Enero-Diciembre de 2003). *Neuropsic consultorios*. Obtenido de Neuropsic consultorios:  
[http://www.neuropsicologia.com.ar/pdf/c\\_mateer\\_introduccion\\_a\\_la\\_rehabilitacion\\_cognitiva.pdf](http://www.neuropsicologia.com.ar/pdf/c_mateer_introduccion_a_la_rehabilitacion_cognitiva.pdf)

Muñoz, E., Blázquez, J., Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, J., . . . Cardoso, A. Z. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: UOC.

WHO. (2001). *International Classification of functioning, disability and health*. Geneva: Switzerland.

## 7. DISCUSIÓN

Respecto al primer objetivo de la presente investigación que es identificar la frecuencia, intensidad y duración del consumo de alcohol en los internos de la fundación. Para ello se obtuvo la información mediante la aplicación del Test de AUDIT y Encuesta. Como lo podemos observar en la Tabla y Gráfico N° 2-3, que el mayor porcentaje de pacientes consumen 6 o más bebidas alcohólicas semanalmente; seguido por el grupo de pacientes que consumen 6 o más bebidas alcohólicas mensualmente; en menor porcentaje, pacientes que consumen 6 o más bebidas alcohólicas a diario o casi a diario; y de la muestra total 2 pacientes que consumen 6 o más bebidas alcohólicas menos de una vez al mes.

En relación con estos resultados se puede afirmar que la mayoría de integrantes de la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja, consumen 6 o más bebidas alcohólicas tanto semanalmente como mensualmente esto lleva a determinar de qué se trata de bebedores problema tal como se encuentra en el estudio de (Quishpe, 2017), en el país, quien trabajó en una población de 68 estudiantes universitarios de tercer semestre en edades que comprendían los 20-24 años; encontrando que el 62% de la población no han consumido nunca 5 o más bebidas alcohólicas; mientras que el 35% manifestaron que consumen 5 o más bebidas alcohólicas mensualmente; por último el 3% mencionaron que consumen 5 o más bebidas alcohólicas semanalmente o casi a diario (p.56). Resultados similares se encontraron en el estudio de Ruiz; Isorna; Vaquero y Ruiz (2017) en un estudio de carácter transversal con una población de 403 personas que comprendía los 18 años en adelante, con resultados en la frecuencia de que el 61%, consume de 1 a 3 unidades de alcohol (bajo consumo), mientras que el 26,3% de 4 a 6 unidades de alcohol (consumo moderado); por último el 12,7%, 7 o más unidades de alcohol (consumo peligroso y alto riesgo); los dos grupos consumían tanto ocasionalmente como habitualmente lo

que podría afectar no solo las funciones físicas sino también producir alteraciones cognitivas (p.354). Por lo tanto, los resultados encontrados en dichas investigaciones concuerdan tanto en el tiempo y frecuencia de consumo con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Respecto al segundo objetivo que es establecer cuáles son las áreas con déficit cognitivo más afectadas en los internos de la fundación. Se obtuvo la información mediante la aplicación del NEUROPSI breve en español, como se observa en la Tabla 4 y Gráfico N° 4-5, donde se detalla que las áreas con mayor afectación son: Atención y Concentración, así como la Memoria (Codificación y Funciones de Evocación).

En relación a estos datos se encuentra el estudio de corte transversal de Sancho (2014), en el país, quien trabajo con una muestra de 50 militares en servicio activo, aplicó el AUDIT y el Test de Memoria de Aprendizaje de 10 palabras (A.R. Luria) y encontró que en el criterio consumo mínimo o nulo de alcohol, 15 militares, de los cuales el 30% (13 militares) presentaron problemas de memoria a corto plazo y el 31% (15 militares) tenían problemas en la memoria a largo plazo. En el criterio de consumo moderado 20% (9 militares) presentaron problemas en la memoria de corto plazo y en la memoria a largo plazo. En el criterio de consumo problemático encontramos a 26 personas, el 22,50% (22 militares) poseían dificultades en la memoria a corto plazo y el 25,53% (25 militares) tienen problemas en la memoria a largo plazo. En general, de los 50 militares en servicio activo miembros de la muestra, se encontró el 88% (44 militares) tenían problemas en su memoria de corto plazo y el 98% (49 militares) tenían problemas en su memoria de largo plazo (p.72).

Así mismo Lipiañez y Patkan (s.f.) han demostrado en un estudio de California, San Diego que, en los jóvenes abusadores de alcohol, por medio de estudio de imágenes que existe una

disminución de la corteza prefrontal de manera especial en el componente ventral de la corteza prefrontal, el mismo que interviene en el proceso de toma de decisiones, de supervisión de nuestro propio comportamiento y en el autocontrol sobre nuestros sentimientos. También encontraron una reducción en tamaño del hipocampo, estructura que es imprescindible para aprender información nueva, principalmente, la de tipo autobiográfica. Se observó, a través de resonancia magnética, asimetría entre el hipocampo derecho y el izquierdo en los adolescentes bebedores en exceso. Juntos a estos hallazgos al hacer una evaluación neuropsicológica encontraron rendimientos mediocres al comparar la muestra con jóvenes no bebedores o bebedores moderados. En resumen, según este trabajo de San Diego, Lipiañez y Patkan (s.f.), a los adolescentes bebedores en exceso les resultó más difícil resolver los ejercicios de memoria, de atención y de funciones ejecutivas lo cual estaría relacionado con alteraciones en áreas concretas del cerebro.

Dichas investigaciones son coherentes con el estudio actual debido a los resultados encontrados, si bien es cierto la muestra tanto en edad como en tiempo de consumo difiere en parte, las funciones cognitivas principalmente atención-concentración y la memoria, se afecta en mayor proporción que el resto de funciones mentales con el uso frecuente de alcohol. Por ello se ha considerado en el tercer objetivo establecer la relación que existe entre el tiempo del consumo del alcohol y el déficit cognitivo en pacientes consumidores de alcohol de la fundación. Se obtuvo la información mediante la aplicación del AUDIT y NEUROPSI breve en español, se indica en la Tabla 5-6 y Grafico N° 6, que los años transcurridos desde el primer consumo de alcohol de los internos tiene un índice de correlación nada significativo, es decir, no existe una relación entre el tiempo de Consumo de Alcohol y Déficit Cognitivo en los internos, pues los

resultados obtenidos indican que la gran parte de los internos encajan dentro del parámetro de normalidad en la Evaluación Global del NEUROPSI breve.

Estos resultados guardan relación con un estudio realizado (Landa *et al.* (2006) donde se evaluó la presencia de alteraciones neuropsicológicas en 50 pacientes alcohólicos, en comparación con un grupo de control de 50 sujetos de la población normal, apareados en edad, sexo y nivel socioeconómico. Para ello, se aplicó una batería neuropsicológica compuesta por la Escala de Memoria de Wechsler (subtest: control mental, dígitos, localización espacial y memoria lógica), el Trail Making Test de la batería Halstead-Reitan, el test de dibujo de una Figura Compleja de Rey, el test de palabras y colores de Stroop y el subtest de evocación categorial del Test Barcelona. Los resultados obtenidos reflejaron que la ejecución en la mayoría de las pruebas era equiparable en ambos grupos. Las únicas diferencias significativas entre los grupos se observaron en el subtest de memoria lógica, tanto en el recuerdo inmediato como diferido, y en el tiempo empleado en la ejecución de la copia de la Figura de Rey. En ambos casos la muestra de alcohólicos presentaba una peor ejecución, con una afectación de la memoria en cuanto a la capacidad de realizar nuevos aprendizajes. Los resultados descartaron la existencia de un déficit cognoscitivo generalizado en los pacientes alcohólicos, al igual que la presente investigación. Es así que, en el presente estudio, el alcohol no sería la única causa del deterioro cognitivo; puede atribuirse a otras causas como, factores sociodemográficos, nivel de escolaridad, lesión cerebral, problemas de salud mental, un signo de demencia, infecciones en el cerebro, abuso de medicamentos (barbitúricos o hipnóticos), avanzada edad del sujeto entre otras causas más.

Por otra parte, un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil con 1.563 adultos mayores, presenta que los sujetos alcohólicos, con mayor frecuencia, tenían deterioro cognitivo y funcional, antecedentes de accidente cerebro vascular, traumatismo encéfalo craneano, tabaquismo actual o pasado y más síntomas depresivos (Hirata, Nakano, Pinto, Litvoc y Botinno, 2009). Lo cual ratifica la relación entre el consumo de alcohol y la alteración cognitiva, pero hay que tomar en cuenta que, en la investigación citada, la muestra se trataba de adultos mayores con antecedentes cerebrovasculares, lo que implica que las alteraciones podrían deberse a la avanzada edad, enfermedades asociadas a estas alteraciones, o el largo tiempo de consumo de alcohol.

Mientras, que, en una investigación en Rotterdam, sugirió que con un promedio de 6 años de seguimiento acerca del consumo ligero a moderado de alcohol (una a tres bebidas diarias) se podía asociar con un menor riesgo de padecer demencia en las personas mayores de 55 años (Panza et al., 2012). Esto deja abierto la interrogante de como el consumo de alcohol puede en algunos casos ser o no perjudicial y que depende estrechamente de la cantidad, frecuencia y factores de riesgo presentes en cada persona.

En suma, los resultados obtenidos en la presente investigación permiten confirmar que no existe la relación significativa entre el tiempo de consumo de alcohol y el déficit cognitivo, pues se evidenció que la mayor parte de los pacientes obtuvieron un puntaje general que los ubica dentro de los parámetros de normalidad.

## 8. CONCLUSIONES

- La mayor parte de la muestra analizada presenta un nivel de riesgo de consumo, así como posible consumo problema o dependencia al alcohol.
- Se identificó, que los internos presentan unas puntuaciones bajas en las funciones o áreas cognoscitivas, como son la atención y concentración, así como la memoria (Codificación y Funciones de Evocación).
- No se encontraron asociaciones significativas entre el déficit cognitivo y el consumo de alcohol.



## 9. RECOMENDACIONES

- A los directivos de la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja, para que los internos reciban un tratamiento multidisciplinario con la finalidad de lograr su recuperación completa y así evitar una futura recaída, que agrave su salud en general (física y mental).
- A la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja, ejecutar un programa de Estimulación Cognitiva dentro de la fundación, con la finalidad de rehabilitar las funciones cognitivas con puntuaciones más bajas para así prevenir las alteraciones cognitivas más severas a futuro.
- A la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja” contratar en su planta laboral profesionales en el área de Medicina, Enfermería, Psicología Clínica entre otras áreas, para promover tratamientos integrales.
- A la Universidad Nacional de Loja y específicamente a la Facultad de la Salud Humana, realizar convenios institucionales con la fundación, con la finalidad de que se amplíe el personal que atiende a los internos, con pasantes de Medicina, Enfermería, Psicología Clínica entre otras áreas, con el objeto de que colaboren permanentemente con los pacientes que presentan Déficit Cognitivos.
- A los familiares de los internos de la Fundación, participar activamente en el Proceso Terapéutico de Recuperación, mediante la visita a sus familiares e inmersión en la terapia familiar.
- A los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica, realizar investigaciones futuras con temáticas similares teniendo en cuenta los distintos intervalos de edad de los pacientes y comparar, con muestras más amplias, el rendimiento en las distintas pruebas

neuropsicológicas en función de la edad, para de esta manera obtener resultados más precisos y significativos en nuestra población.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- "DIFERENCIA ENTRE USO, A. Y. (12 de Febrero de 2010). *UNED*. Obtenido de UNED:  
<http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/Educacion-Vial/efecto-de-alcohol-las-drogas-y-otras-sustancias-en-la-conduccion/cap4>
- Ahumada, J., Gámez, M., & Valdez, C. (2 de Julio-Diciembre de 2017). *Redalyc*. Obtenido de Redalyc:  
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Alcoholismo, R. s. (21 de Noviembre de 2018). *Reflexiones sobre el Alcoholismo*. Obtenido de Reflexiones sobre el Alcoholismo: <https://reflexionessobrealcoholismo.com/2015/07/10/que-es-el-craving-ix/>
- Alonso, J., & Benito, Y. (1996). *Superdotados: adaptación escolar y social en Secundaria*. Madrid: Narcea, S. A.
- Anderson, N., Winocur, G., & Palmer, H. (2003). *Principles of cognitive rehabilitation*. Oxford: Handbook of clinical neuropsychology.
- Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C., & Torrea, I. (01-30 de Junio de 2015). *Consortio Sanitaria Integral*. Obtenido de Consorcio Sanitaria Integral:  
[https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi\\_editora\\_94\\_3\\_1.pdf](https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf)
- Arango, J. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Mexico D. F: El Manual Moderno S. A.
- Arteaga, Y., Medina, E., & Ortega, N. (1-30 de N/N de 2008). *alcoholinformate.org*. Obtenido de alcoholinformate.org:  
<http://www.alcoholinformate.org.mx/Consumo%20de%20alcohol%20factores%20de%20riesgo.pdf>
- Baroody, A. (1-30 de Agosto de 2006). *Semanticscholar*. Obtenido de Semanticscholar:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/dd26/0bdf77064f703916ffdbeff4b3b61bf74aef.pdf>
- Bausaelas, E. (15 de junio de 2014). *Scielo-Biblioteca Electrónica Científica en Línea* . Obtenido de Scielo-Biblioteca Electrónica Científica en Línea : [http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v11n1/03\\_original3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v11n1/03_original3.pdf)
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beltrán, J., & Bueno, J. (1995). *Psicología de la Educación*. Barcelona: Boixareu Universitaria marcombo.
- Benavides, M. (10 de Marzo de 2016). *Equipo de Psicólogos en Madrid*. Obtenido de Equipo de Psicólogos en Madrid: <http://psicologo-enmadrid.es/?p=554>

- Calva, K. (23 de Septiembre de 2016). *Repositorio Digital UNL*. Obtenido de Repositorio Digital UNL: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16313/1/Kelly%20Patricia%20Calva%20Aji%20la.pdf>
- Castillero, O. (1-31 de Enero-Diciembre de 2017). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/clinica/trastornos-de-orientacion>
- Caudevilla, F. (8 de Noviembre de 2010). *comsegovia*. Obtenido de comsegovia: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%200conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- CDS. (30 de Noviembre de 2015). *CDS Cínicos de Sinope*. Obtenido de CDS Cínicos de Sinope: <https://cincosdesinope.com/sucesos/historia-del-alcohol-origen-y-elaboracion-milenaria/>
- Celsi, J., Gutierrez, I., Solis, D., & Tapia, D. (1-30 de Enero-Diciembre de 2014). *Repositorio de la UNAB, CL*. Obtenido de Repositorio de la UNAB, CL: [http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1251/Celsi\\_JA\\_Relaci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20alcohol%20y%20el%20deterioro%20cognitivo\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/1251/Celsi_JA_Relaci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20alcohol%20y%20el%20deterioro%20cognitivo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Comunicaciones, V. (1-30 de Enero-Diciembre de 2019). *Venemedia Comunicaciones C. A.* Obtenido de Venemedia Comunicaciones C. A.: <https://conceptodefinicion.de/lectura/>
- Coque, A. (1-30 de Enero-Diciembre de 2016). *Repositorio Digital de la UTB*. Obtenido de Repositorio Digital de la UTB: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/3951/1/P-UTB-FCJSE-PSICLIN-000114.pdf>
- Deza, S., & Vizcardo, S. (1-31 de Octubre de 2015). *Repositorio Digital dE Información-Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú*. Obtenido de Repositorio Digital dE Información-Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú: <https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/10/MANUAL-DE-PREVENCION-DEVIDA.pdf>
- Drogas, C. C. (1-28 de Febrero de 2007). *Página Digital de la Universidad de Valencia-España*. Obtenido de Página Digital de la Universidad de Valencia-España: <https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/adicciones/InformeAlcohol2007.pdf>
- Erazo, C. (10 de Diciembre de 2016). *Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11827>
- España, M. d. (1-28 de Febreo de 2007). *Repositorio Universidad de Valencia*. Obtenido de Repositorio Universidad de Valencia: <https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/adicciones/InformeAlcohol2007.pdf>

- Espinoza, G. S. (2013). *Adaptación Biológica*. España: Paidós.
- Fernández, V. (20 de Junio de 2017). *Web Consultas, Revista de salud y bienestar*. Obtenido de Web Consultas, Revista de salud y bienestar: <https://www.webconsultas.com/alcoholismo/factores-de-riesgo-del-alcoholismo-3050>
- Figueroba, A. (1-31 de Enero-Diciembre de 2017). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/inteligencia/cognicion-definicion-procesos>
- García, A. (17 de Octubre de 2014). *Sitio Digital de Diario el Comercio*. Obtenido de Sitio Digital de Diario el Comercio: <https://www.elcomercio.com/tendencias/alcoholismo-tratamiento-saludpublica-saludmental-ecuador.html>
- García, G., García, O., & Secades, R. (2 de Mayo-Agosto de 2011). *Papeles del Psicólogo*. Obtenido de Papeles del Psicólogo: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77818544005.pdf>
- García, P., & Magariños, M. (1996). *Clasificación de la CIE- 10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.
- Gelabert, P. V. (1 de Junio de 2017). *Psicología - Neuropsicología*. Obtenido de Psicología - Neuropsicología: <https://neuropsicologia.saludyeducacionintegral.com/que-es-un-deficit-cognitivo-neuropsicologia-de-las-alteraciones-cognitivas/>
- Gómez, L., & Lindao, M. (4 de Septiembre de 2017). *Repositorio Digital de la UCSG*. Obtenido de Repositorio Digital de la UCSG: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/9323/1/T-UCSG-PRE-MED-599.pdf>
- Gónima, C. (9 de Agosto de 2012). *Comunicacioneinvestigación3*. Obtenido de Comunicacioneinvestigación3: <https://comunicacioneinvest3.wordpress.com/2012/08/09/revision-documental/>
- González, B., & Muñoz, E. (2008). *Estimulación de la memoria en personas mayores. Principios básicos y ejercicios prácticos*. Madrid: Síntesis.
- Guerri, M. (1-31 de Enero-Diciembre de 2018). *Psicoactiva*. Obtenido de Psicoactiva: <https://www.psicoactiva.com/blog/tipos-memoria-nuestra-forma-guardar-recuerdos/>
- Hirata, E., Nakano, E., Pinto, J., Litvoc, J., & Botinno, C. (2009). Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in Sao Paulo, Brazil. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, 24:1045-1053.
- IBM. (1-30 de Enero-Diciembre de 2010). *Departamento de Informática y Teoría de la Información*. Obtenido de Departamento de Informática y Teoría de la Información: [http://www.cs.bme.hu/~kela/SPSSstatistics%20\(E\)/Documentation/Spanish/Manuals/IBM%20PSS%20Statistics%2019%20Core%20System%20User's%20Guide.pdf](http://www.cs.bme.hu/~kela/SPSSstatistics%20(E)/Documentation/Spanish/Manuals/IBM%20PSS%20Statistics%2019%20Core%20System%20User's%20Guide.pdf)

- INEC. (22 de Julio de 2013). *El Comercio*. Obtenido de El Comercio:  
<https://www.elcomercio.com/tendencias/mas-900-000-ecuatorianos.html>
- Játiva, M. (02 de Agosto de 2017). *Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12845/1/T-UCE-0007-PC015-2017.pdf>
- Landa, n., Fernández, J., Tirapu, J., Loópez, J., Castillo, A., & Iñaki, L. (2006). *Repositorio Académico- Universidad de Navarra*. Obtenido de Repositorio Académico- Universidad de Navarra:  
<https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/28218/A59.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Landa, N., Fernández, J., Tirapu, J., López, J., Castillo, A. y., & Iñaki. (1-30 de Enero-Diciembre de 2006). *Alteraciones Neuropsicológicas en Alcohólicos: un estudio exploratorio*. Obtenido de Alteraciones Neuropsicológicas en Alcohólicos: un estudio exploratorio:  
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/355/355>
- Lavilla, L. (1-30 de Enero-Diciembre de 2011). *Pedagogia Magna*. Obtenido de Pedagogia Magna:  
<http://www.pedagogiamagna.com/>
- Llumiquinga Lahuasi, S. (27 de Septiembre de 2017). *Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador*. Obtenido de Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12899/1/T-UCE-0020-013-2017.pdf>
- Lozano, S. (1-31 de Diciembre de 2011). *webs.um.es*. Obtenido de webs.um.es:  
<https://webs.um.es/jalozate/lozanoteruel/Seminarios/Contenidos/Alcohol2012.pdf>
- Mateer, C. (1-30 de Enero-Diciembre de 2003). *Neuropsic consultorios*. Obtenido de Neuropsic consultorios:  
[http://www.neuropsicologia.com.ar/pdf/c\\_mateer\\_introduccion\\_a\\_la\\_rehabilitacion\\_cognitiva.pdf](http://www.neuropsicologia.com.ar/pdf/c_mateer_introduccion_a_la_rehabilitacion_cognitiva.pdf)
- Medina, L. (1-30 de Enero-Diciembre de 2015). *Reposotorio Digital de la UTEQ*. Obtenido de Reposotorio Digital de la UTEQ: <http://repositorio.uteq.edu.ec/bitstream/43000/1463/1/T-UTEQ-0004.pdf>
- Muñoz, E., Blázquez, J., Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periáñez, J., . . . Cardoso, A. Z. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: UOC.
- Ortiz, M. (27 de Julio de 2014). *Pagina Digital Diario El Comercio-Ecuador*. Obtenido de Pagina Digital Diario El Comercio-Ecuador: <https://www.elcomercio.com/opinion/alcoholismo-historico-drogas-alcohol-marceloortiz-ecuador.html>
- Panza, F., Frisardi, V., Seripa, D., Logroscino, G., Santamano, A., Imbimbo, B., . . . Solfrizzi, V. (2012). Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, 27:1218-1238.

- Pico, I. (23 de Enero de 2018). *Psicopico*. Obtenido de Psicopico: <https://psicopico.com/fases-del-alcoholismo/>
- Pons, J., & Bejarano, E. (16 de Julio de 2008). *Centro para el Desarrollo Academico sobre Drogodependencias*. Obtenido de Centro para el Desarrollo Academico sobre Drogodependencias: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>
- Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Medica-Panamericana.
- Quishpe, X. (1 de Noviembre de 2017). *Repositorio Digital de la UCE*. Obtenido de Repositorio Digital de la UCE: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13331/1/T-UCE-0010-010-2017.pdf>
- Robalino, J. (9 de Julio de 2012). *Instituto de Neurociencias*. Obtenido de Instituto de Neurociencias: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/blog/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>
- Rovira, I. (1-30 de Enero-Diciembre de 2018). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/drogas/efectos-alcohol-en-cerebro>
- Ruiz, F., Isorna, M., Vaquero, R., & Ruiz, J. (4 de Octubre de 2015). *Scientific Electronic Library Online*. Obtenido de Scientific Electronic Library Online: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/27\\_original25.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/27_original25.pdf)
- Salud, O. M. (1996). *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Médica-Panamericana.
- Salud, O. M. (2001). *Clasificación de la Cie-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. España: Médica Panamericana, S. A.
- Salud, O. M. (16 de Diciembre de 2010). *Sitio Web-Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Sitio Web-Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173259/EI%20Alcohol.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
- Salud, O. M. (12 de Mayo de 2014). *Asociación de Especialistas en Prevencion y Salud Laboral*. Obtenido de Asociación de Especialistas en Prevencion y Salud Laboral: <https://www..com/radiografia-del-consumo-de-alcohol-en-el-mundo/>
- Sancho, R. (1 de Diciembre de 2014). *Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador UCE*. Obtenido de Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador UCE: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7057/1/T-UCE-0007-241c.pdf>
- Sancho, R. (1 de Diciembre de 2015). *Repositorio Digital de la UCE*. Obtenido de Repositorio Digital de la UCE: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7057/1/T-UCE-0007-241c.pdf>


- Toledo, A. (9 de Febrero de 2008). *Andrestoledopsicología*. Obtenido de Andrestoledopsicología:  
<http://andrestoledopsicologia.blogspot.com/2008/02/el-lenguaje.html>
- TRASTORNOCOGNITIVO. (22 de Diciembre de 2015). *Residencia Santos Reyes*. Obtenido de Residencia Santos Reyes: <http://www.residenciasantosreyes.com/es/noticias-y-eventos/salud/trastorno-cognitivo-que-tipos-podemos-encontrare>
- Valencia, V. (20 de Marzo de 2015). *Universidad Virtual de la UTP*. Obtenido de Universidad Virtual de la UTP: <https://univirtual.utp.edu.co/pandora/recursos/1000/1771/1771.pdf>
- Valverde, J. d. (20 de Octubre de 2014). *Actiweb*. Obtenido de Actiweb:  
[http://www.actiweb.es/educadora\\_andrea\\_reyes/archivo6.pdf](http://www.actiweb.es/educadora_andrea_reyes/archivo6.pdf)
- Vélez, M., & Zuñiga, A. (17 de Julio de 2017). *Repositorio Digital Universidad de Cuenca*. Obtenido de Repositorio Digital Universidad de Cuenca:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28187/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf.pdf>
- WHO. (2001). *International Classification of functioning, disability and health*. Geneva: Switzerland.



**11. ANEXOS****ANEXOS**

## Anexo # 1

### OFICIO DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS

 **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA** **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Of. N° 177-19 -CPC-FSH-UNL  
Loja, 15 MARZO de 2019

Señor  
**Ronald Santiago Sarango Ortega**  
ESTUDIANTE DEL DECIMO MÓDULO DE LA CARRERA  
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Ciudad -

De mi consideración

De conformidad al informe de Pertenencia de la Estructura y Coherencia del Proyecto de Tesis presentado por parte de la **Ps. Cj Jenny Fernanda Sulng Ortega, Msc.** docente de la Carrera de Psicología Clínica, con respecto a su proyecto de tesis denominado **"CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II", PERIODO 2019**, es aprobado, debiendo continuar con el desarrollo de su trabajo de Tesis.

Particular que comunico para los fines correspondientes.

  
Ps. Cj Zhenia Muñoz Vences Mg. Sc.  
PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICOTERAPEUTA  
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

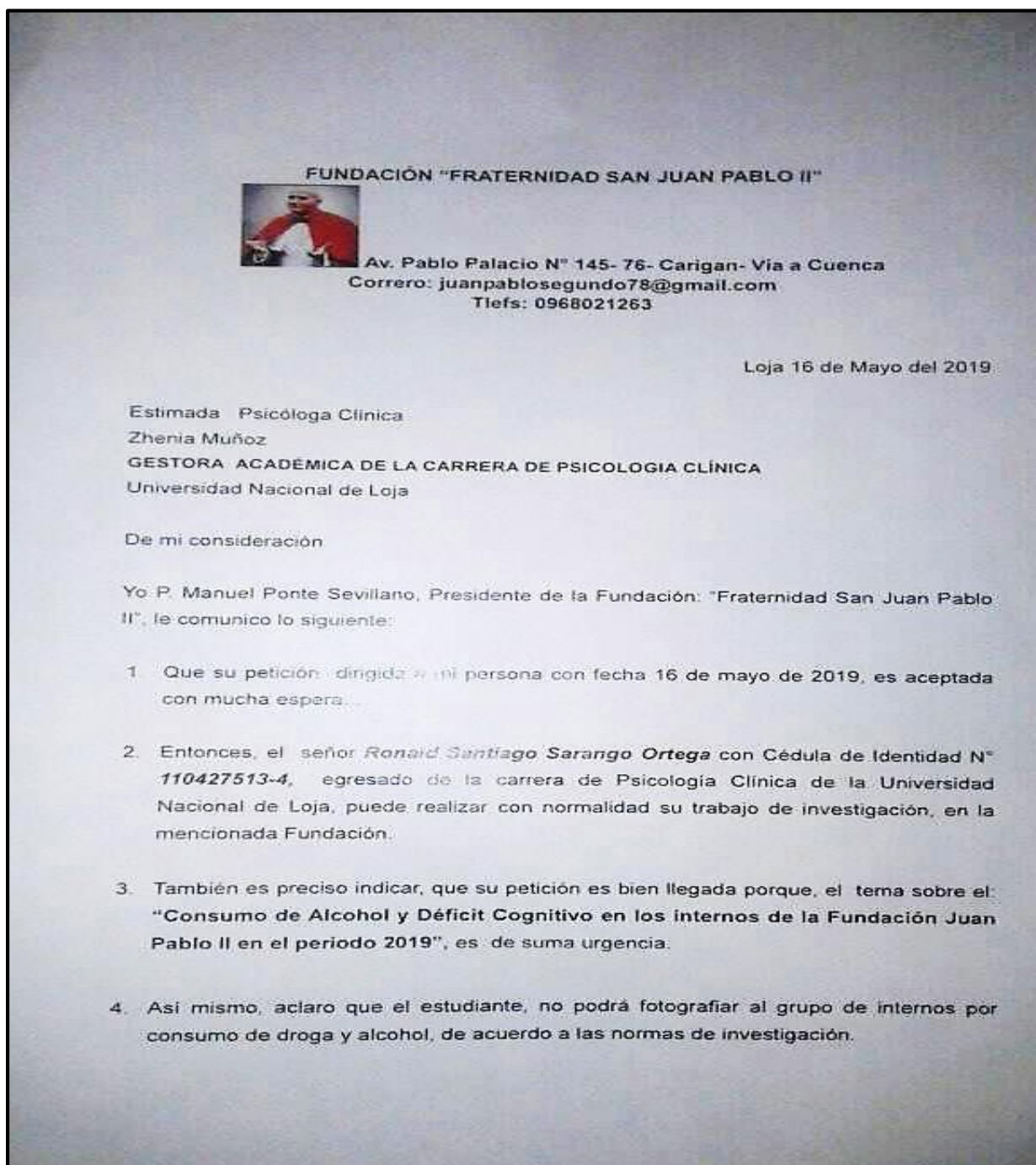


cc. carpeta del estudiante  
Archivo

Mam/mejb

## Anexo # 2

### OFICIO DE APROBACIÓN PARA TRABAJO DE CAMPO POR PARTE DE LA FUNDACIÓN "JUAN PABLO II"



5. Por lo tanto, autorizo que: el indicado investigador aplique con toda confianza las encuestas y los reactivos psicológicos a los internos del periodo 2019
6. Por último, los datos recolectados deben ser de uso exclusivo para la presente investigación.

Atentamente,

  
P. Manuel Ponte Sevillano  
PRESIDENTE





## Anexo # 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes y familia en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el egresado, SARANGO ORTEGA RONALD SANTIAGO, de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, FACULTAD DE LA SALUD HUMANA, CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, BAJO LA DIRECCIÓN DE LA Ps. CI. JENNY FERNANDA SUING ORTEGA, Mg. Sc.** La meta de este estudio es conocer la **RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN “JUAN PABLO II”, PERÍODO 2019”.**

Si usted accede a participar en esta investigación; se le pedirá completar unos reactivos psicológicos (encuesta y test). Esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al test y cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

El llenar las encuestas no producen daño alguno, ni físico ni psicológico.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que

eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista o la aplicación de los reactivos psicológicos le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le antelo mi sincero agradecimiento por su participación.

ACEPTO

NO, ACEPTO

**Si usted ha aceptado, prosiga los siguientes campos.**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## Anexo # 4

### ENCUESTA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Reciba un cordial saludo de la Carrera de Psicología Clínica de la UNL.

Estamos realizando una investigación a los internos de esta fundación sobre la relación entre el Consumo de Alcohol y el Déficit Cognitivo. El objetivo es obtener información para determinar si existe o no la relación entre el Consumo frecuente de Alcohol y el Déficit Cognitivo.

Esta entrevista es confidencial y anónima por lo cual pedimos responder con total sinceridad a todas las preguntas.

Su colaboración en esta encuesta es de gran utilidad para la investigación a realizarse.

**INSTRUCCIÓN: Marca con una X una sola alternativa.**

#### **DATOS GENERALES**

1. **Edad:**  años
2. **¿Cómo calificaría su situación económica y la de su familia?**
  - Buena
  - Regular
  - Mala

**3. ¿Con quién vive?**Solo madre Solo padre Madre y padre Otros familiares Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**4. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas con el Consumo de Alcohol?**Si Puede ser que sí No **5. ¿La primera vez que consumió alguna bebida alcohólica con quien fue y a qué edad?**Familia Amigos Otros Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**6. ¿Consume alguna bebida alcohólica cuando existe alguna reunión dentro de tu familia?**Si No



**7. ¿Cuándo fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas?**

---

---

---

---

**8. ¿Con que frecuencia lo hacía y que bebidas consumía?**

---

---

---

---

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Instrumentos Psicológicos Aplicados

**Anexo # 5****Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)**

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada:

<b>Ítems</b>	<b>Criterios Operativos de Valoración</b>
<b>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida Alcohólica?</b>	(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana
<b>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b>	(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más
<b>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b>	(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma Total de las preguntas 2 y 3 = 0
<b>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</b>	(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario

<b>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</b>	(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
<b>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</b>	(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente
<b>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b>	(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
<b>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</b>	(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
<b>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</b>	(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
<b>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</b>	(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.

## Anexo # 6

“NEUROPSI” Evaluación Neuropsicológica Breve en español

### EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL NEUROPSI

Dra. Feggy Ostrosky-Solís, Dr. Alfredo Ardua y

Dra. Mónica Rosselli

### DATOS GENERALES

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 SEXO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
 LATERALIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIONES MEDICAS NEUROLOGICAS

I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II.- en caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál y la dosis:

III.- otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una “X” en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial                       | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefálico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                     |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                                 | <input type="checkbox"/> Tiroidismo                   |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia                          | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares |
| <input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual o<br>auditiva | <input type="checkbox"/> Otros                        |

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN  
ESPAÑOL  
**NEUROPSI**

Dra. Feggy Ostrosky-Solís, Dr. Alfredo Ardua y  
Dra. Mónica Rosselli

**PROTOCOLO DE APLICACIÓN**

ESCOLARIDAD BAJA, MEDIA Y ALTA

INDICACIÓN GENERAL: para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

**I.- ORIENTACIÓN**

	Respuesta	Puntaje
A.- Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0 1
	¿En qué mes estamos? _____	0 1
	¿En qué año estamos? _____	0 1
B.- Espacio	¿En qué ciudad estamos? _____	0 1
	¿En qué lugar estamos? _____	0 1
C.- Persona	¿Cuántos años tiene usted? _____	0 1
<b>TOTAL</b> _____		<b>(6)</b>

**II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN**

**A.- DÍGITOS EN REGRESIÓN**

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del ultimo al primero; ej. 2-5, respuesta: “5-2”. Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8 _____ 2	2-8-3 _____ 3	8-6-2-4 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1-6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4
Respuesta		Respuesta
6-3-5-9-1 _____ 5		5-2-7-9-1-8 _____ 6
3-8-1-6-2 _____ 5		1-4-9-3-2-7 _____ 6
<b>TOTAL</b> _____		<b>(6)</b>

**B.- DETECCIÓN VISUAL**

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una x todas las figuras que sean iguales al modelo (lamina a del material anexo), el cual se presentara durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES \_\_\_\_\_

TOTAL DE ACIERTOS \_\_\_\_\_

**C.- 20-3**

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-17-11-8-5 Respuesta \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_ (5)

**III.- CODIFICACIÓN****A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA**

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.

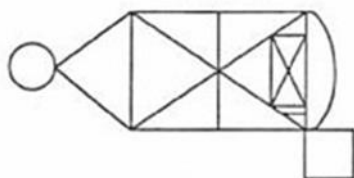
Proporciones los tres ensayos.

**1.- CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA**

1	2	3	
Gato _____	Mano _____	Codo _____	INSTRUSIONES _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____	PERSEVERACIONES _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____	PRIMACIA _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____	PRESENCIA _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____	
Codo _____	Pera _____	Mano _____	
Total _____	_____	_____	TOTAL PROMEDIO _____ (6)
1er. ensayo	2do. Ensayo	3er. ensayo	

**B.- PROCESO VISUOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)**

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

#### IV.- LENGUAJE

##### A.- DENOMINACIÓN

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta		Puntaje	Respuesta
CHIVO	0	1 _____	LLAVE	0	1 _____
GUITARRA	0	1 _____	SERPIENTE	0	1 _____
TROMPETA	0	1 _____	RELOJ	0	1 _____
DEDO	0	1 _____	BICICLETA	0	1 _____
					TOTAL _____ (8)

**NOTA:** SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR EN SU LUGA, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUINETES ESTÍMULES PREGUNTÁNDOLE: “¿QUÉ ES ESTO?”

LÁPIZ	RELOJ	BOTÓN	TECHO	CODO	TOBILLO	ZAPATO	LLAVE
1	2	3	4	5	6	7	8
							TOTAL _____ (8)

##### B.- REPETICIÓN

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Respuesta	Puntaje
Sol.....	_____	0 1
Ventana.....	_____	0 1
El niño llora.....	_____	0 1
El hombre camina lentamente por la calle.....	_____	0 1
		TOTAL _____ (4)

**C. COMPRESNSIÓN**

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo “bolita” y “cuadrado”.

	Puntaje	
Señale el cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo y cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande.....	0	1
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande.....	0	1
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.....	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.....	0	1
<b>TOTAL</b>	_____ (6)	

**D.- FLUIDEZ VERBAL**

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicie con la letra “F” sin que sean nombres propios o palabras derivadas (y. gr. Familia, familiar).

**Nombres de animales**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_

**Palabras que inician con “F”**

29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_
31. \_\_\_\_\_
32. \_\_\_\_\_
33. \_\_\_\_\_
34. \_\_\_\_\_
35. \_\_\_\_\_
36. \_\_\_\_\_
37. \_\_\_\_\_
38. \_\_\_\_\_
39. \_\_\_\_\_
40. \_\_\_\_\_
41. \_\_\_\_\_
42. \_\_\_\_\_
43. \_\_\_\_\_
44. \_\_\_\_\_
45. \_\_\_\_\_
46. \_\_\_\_\_
47. \_\_\_\_\_
48. \_\_\_\_\_
49. \_\_\_\_\_
50. \_\_\_\_\_
51. \_\_\_\_\_
52. \_\_\_\_\_
53. \_\_\_\_\_
54. \_\_\_\_\_
55. \_\_\_\_\_
56. \_\_\_\_\_

TOTAL SEMÁNTICO \_\_\_\_\_  
 INTRUSIONES \_\_\_\_\_  
 PERSEVERACIONES \_\_\_\_\_

TOTAL FONOLÓGICO \_\_\_\_\_  
 INTRUSIONES \_\_\_\_\_  
 PERSEVERACIONES \_\_\_\_\_



**V.- LECTURA**

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Menciones que se le harán preguntas sobre su contenido.

**NOTA:** NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

Respuesta	Puntaje
¿Por qué se ahogó el gusano? _____	0      1
¿Qué paso con el otro gusano? _____	0      1
¿Cómo se salvó el gusano? _____	0      1
	TOTAL _____
	(3)

**VI.- ESCRITURA**

**NOTA:** NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Puntaje
<b>LECTAR:</b> El perro camina por la calle	0      1
<b>COPIAR:</b> Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0      1
	TOTAL _____ (2)

**VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS****A.- CONCEPTUAL****1.- SEMEJANZAS**

Pregunte que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta
¿Cuánto es $13 + 15$ ? (28).....	_____
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gasto 14 ¿Cuánto le quedo? (7).....	_____
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30).....	_____
	TOTAL _____ (3)

### 3.- SECUENCIACIÓN

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe la secuencia.

**NOTA:** NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

TOTAL\_\_\_\_\_ (1)

### B.- FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual)

#### 1.- CAMBIO EN LA POSICIÓN DE LA MANO

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo el segundo y tercer ensayo

2 = Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	derecha	0	1	2
	izquierda	0	1	2

TOTAL\_\_\_\_\_ (4)

#### 2.- MOVIMIENTOS ALTERNOS DE LAS MANOS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo desautomatizado

2 = Lo hizo correctamente

TOTAL\_\_\_\_\_ (2)

#### 3.- REACCIONES OPUESTAS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con errores

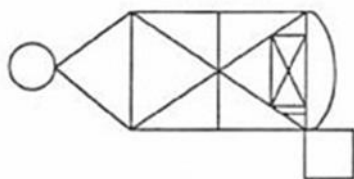
2 = Lo hizo correctamente

TOTAL\_\_\_\_\_ (2)

## VIII.- FUNCIONES DE EVOCACIÓN

### A.- MEMORIA VISOESPACIAL

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

## B.- MEMORIA VERBAL

## 1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato _____	pera _____	INTRUSIONES _____
mano _____	_____	PERSEVERACIONES _____
codo _____	vaca _____	
	fresa _____	
		TOTAL _____ (6)

## 2.- POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

Partes del cuerpo _____	INTRUSIONES _____
frutas _____	PERSEVERACIONES _____
animales _____	
	TOTAL _____ (6)

## 3.- RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

Boca _____	codo* _____	Zorro _____	vaca* _____
Gato* _____	árbol _____	Mano _____	Flor _____
Cama _____	Gallo _____	fresa* _____	
Pera* _____	Lápiz _____	Ceja _____	

INTRUSIONES \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

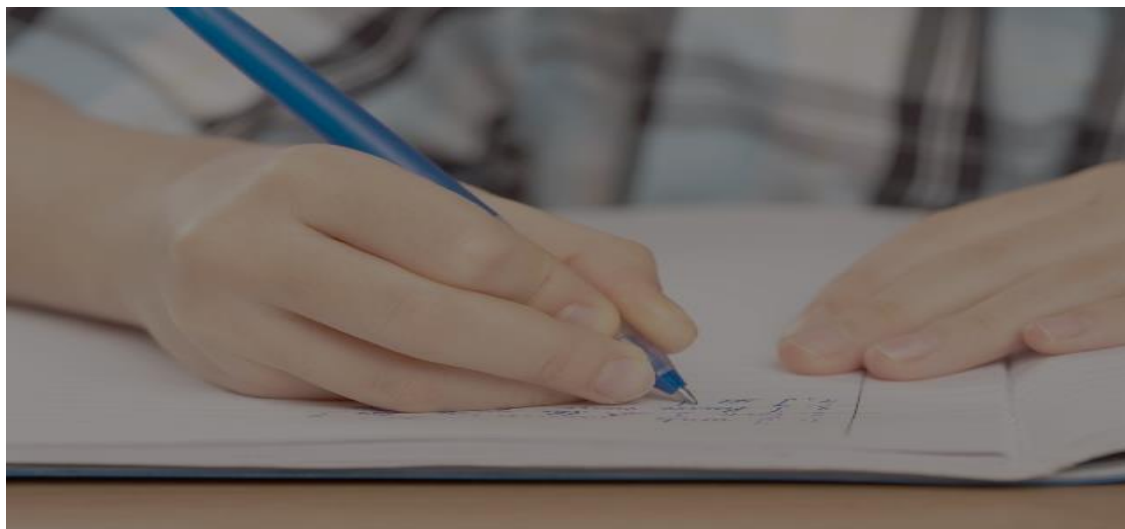
## Anexo # 7

### FOTOGRAFÍA

#### LUGAR DE LA FUNDACIÓN “JUAN PABLO II”



### IMAGEN ILUSTRATIVA





## Anexo # 8

### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### TEMA

“Consumo de alcohol y déficit cognitivo en pacientes internados en la Fundación Juan Pablo II, período 2019”.

PROYECTO DE TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO CLÍNICO

### Autor:

Sr. Ronald Santiago Sarango Ortega.

**LOJA-ECUADOR**

**2019**

*No todos ocupan los  
mejores puestos, pero  
los más preparados,  
aunque no sean genios.*

**a. TEMA:**

**“CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTES INTERNADOS  
EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019”.**

## **b. PROBLEMÁTICA**

El consumo de drogas legales (como el alcohol) e ilegales, se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. En todo el mundo, cerca del 16% de las personas que consumen alcohol ingieren ocasionalmente grandes cantidades de alcohol – lo que a menudo se describe como un ‘atacón de alcohol – que es el más perjudicial para la salud, así cada habitante del mundo de 15 años o más de edad consume un promedio de 6,2 litros de alcohol puro cada año. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Al igual la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) afirma que, el consumo de alcohol está relacionado con él origen en más de 200 enfermedades y trastornos, tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

Mientras que Becoña y Cortés (2011) mencionan que, el mayor problema que tienen las adicciones no solo son efectos que producen a corto plazo, sino el problema, está en los efectos que producen a medio y a largo plazo. Así muchos bebedores excesivos de alcohol o personas con dependencia del alcohol desarrollarán deterioros irreversibles a nivel cerebral o peor aún morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes, aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. (p.16).

En esta misma línea, Verdejo, Orozco, Meersmans, Aguilar de Arcos y Pérez (como se citó en Vélez, 2017) reconocen que: “El consumo recurrente de diversos tipos de drogas se asocian consistentemente a la existencia de deterioro de distintas funciones neuropsicológicas” (p.11).

En ese mismo sentido, Schlesinger, Pescador y Roa (2016) afirman que: Los efectos del etanol (EtOH) sobre el sistema nervioso pueden ser consecuencia de un consumo agudo y excesivo o secundario a un consumo crónico, en relación a un estado de adicción y dependencia al mismo. La toxicidad sobre el sistema nervioso es consecuencia directa de la agresión del etanol o por diferentes trastornos metabólicos ligados a la toxicidad del mismo sobre otros órganos. La neurotoxicidad del alcohol se debe a la activación del sistema inmunitario innato en el cerebro, que promueve compuestos inflamatorios que serían los responsables del daño de la morfología neuronal, además de la alteración neuroanatómica de la corteza (p.87).

Encontrando que el consumo de alcohol está asociado a un amplio rango de alteraciones estables en la velocidad de procesamiento de información, habilidades psicomotoras, organización visoperceptiva, memoria y control ejecutivo (García, García y Secades, 2011).

Ecuador es el noveno país de Latinoamérica con más consumo de licor; así lo revela un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014).

Según los datos aportados de este estudio, los ecuatorianos consumen 7,2 litros de esta sustancia per cápita anualmente; y entre las bebidas preferidas se destaca la cerveza (67%) (El Comercio, 2014).

Asimismo, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2013) con base en una publicación sobre el consumo de alcohol en el Ecuador arrojó los siguientes datos; según las cifras alrededor de 912 576 personas consumen bebidas alcohólicas; el 89,7% son hombres y el 10,3% mujeres. De los cuales, las personas que están entre 19 y 24 años de edad son las que más consumen de bebidas alcohólicas lo que representa un 12%, seguidas por las de 25 a 44 años con 11,5%, de 45 a 61 años con un porcentaje de 7,4%, los mayores de 65 años con 2,8% y la



población menor de 18 años con un 2,5. El lugar más recurrente donde se consiguen las bebidas alcohólicas es la tienda de cada barrio. Además, se evidencia que Galápagos es la provincia donde más consumo de alcohol se registra mientras que Bolívar es la que menor consumo tiene.

Por su parte Calva (2016) en su estudio sobre el consumo de alcohol, encontró que el 64% de los adultos jóvenes consumen alcohol y que están relacionados con familias moderadamente funcionales y familias disfuncionales (p.2). De este estudio, se puede evidenciar que la mayor parte de la muestra consume alcohol.

Es por todo lo expuesto anteriormente, que se ha visto necesario plantear la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el consumo del alcohol y el déficit cognitivo en pacientes internados en la Fundación Juan Pablo II, período 2019?

### **c. JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto de investigación se abordará el problema del déficit cognitivo en pacientes que han consumido alcohol de manera frecuente y que se encuentran internados en la Fundación “Juan Pablo II”, es por ello que se ha creído conveniente determinar si existe una relación entre el consumo de alcohol y el déficit cognitivo.

El trabajo investigativo será relevante debido a su gran impacto social, pues generará datos informativos de las funciones más afectadas en el déficit cognitivo asociado al consumo del alcohol, asimismo tendrá pertinencia dado que, en los últimos diez años, los estudios neuropsicológicos han demostrado que la evaluación mediante la aplicación de reactivos psicológicos como el Neuropsi es útil para determinar las funciones cognitivas afectadas y asociadas al consumo del alcohol.

Será de utilidad pues la información que se obtendrá impulsará la importancia del psicólogo clínico como parte del equipo multidisciplinario, para el manejo integral de la persona con consumo de alcohol que presenten déficit cognitivo, además que el valor de la evaluación cognitiva como despistaje ayudará a promover diagnósticos más acertados.

Es significativo ya que proporcionará información de las funciones cognitivas, y su posible déficit en los internos en cuestión (Fundación “Juan Pablo II”) propios de nuestra realidad ecuatoriana, ya que la gran mayoría de investigaciones en referencia a temáticas similares son de países vecinos.

Por último, el desarrollo de esta investigación invita al lector a reflexionar la frecuencia, y las razones, con que las personas consumidoras de alcohol presentan mayores dificultades en cuanto a sus habilidades cognitivas.

#### **d. OBJETIVOS**

##### **Objetivo general:**

- Analizar la relación entre el consumo de alcohol y el déficit cognitivo en pacientes internados en la Fundación “Juan Pablo II”, período 2019.

##### **Objetivos específicos:**

- Identificar la frecuencia, intensidad y duración del consumo de alcohol en los pacientes mediante la aplicación del test AUDIT y encuesta.
- Establecer cuáles son las áreas con déficit cognitivo más afectadas en los internos consumidores de alcohol a través de la aplicación y resultados del NEUROPSI.
- Establecer la relación que existe entre el tiempo del consumo del alcohol y el déficit cognitivo en pacientes consumidores de alcohol.
- Realizar un compendio bibliográfico acerca de la rehabilitación cognitiva para pacientes que muestren déficit cognitivo en las áreas más afectadas.

## **e. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio será descriptivo-correlacional, con enfoque cualicuantitativo ya que la aplicación de reactivos evaluará las variables, implicando la recopilación y presentación sistemática de los datos que permitirán tener una idea precisa sobre la posible relación entre el consumo de alcohol y el déficit cognitivo en pacientes internados en la "Fundación Juan Pablo II", durante el periodo 2019. Además, será de índole transversal porque se estudiará las variables en un periodo de tiempo específico.

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

#### **Universo**

El universo estará conformado por 35 internos, los cuales se encuentran internados en la Fundación "Juan Pablo II" de la ciudad de Loja, durante el periodo 2019.

La aplicación de los instrumentos se desarrollará de la siguiente manera: la encuesta con los datos generales será dirigida para los 35 internos correspondientes al universo de estudio, mientras que la aplicación de los reactivos psicológicos será aplicada a aquellos internos que han consumido alcohol frecuentemente y recientemente.

#### **Muestra**

De manera particular se tomará como muestra a 21 hombres mayores de edad, los cuales hayan consumido alcohol de manera frecuente en los últimos 12 meses, los cuales están internados en la Fundación "Juan Pablo II". El tipo de muestreo será, no probabilístico

intencional, ya que el procedimiento no se basará en fórmulas de probabilidad. Además, se basará en criterios de inclusión y exclusión detallados a continuación.

**Criterios de inclusión:**

- Hombres de 18 a 85 años de edad, los cuales han consumido alcohol frecuentemente y están internados en la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja durante el periodo 2019.
- Firmar el consentimiento informado para participar en el estudio durante el periodo establecido.

**Criterios de exclusión:**

- Hombres de 18 a 85 años de edad, los cuales han consumido otro tipo de droga o sustancia psicotrópica diferente al alcohol y no estén internados en la Fundación “Juan Pablo II, de la ciudad de Loja, durante el periodo 2019.
- Internos, que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio durante el periodo establecido.

**Criterio de salida:**

- Encuesta mal llenada.

## f. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Categoría	Indicador	Definición	Técnicas e instrumentos
<b><u>Independiente</u></b> <b>Consumo de alcohol</b>	Una definición adecuada para el consumo de alcohol debe integrar las variables costumbre, cantidad y, además, tener en cuenta los resultados negativos afiliados al mismo, como repercusiones en la conicidad del sujeto bebedor.	<b>Psicológica</b>	<b>Puntuaciones</b> -0 a 7 puntos=consumo de bajo riesgo - 8 a 15 puntos=consumo de riesgo - 16 puntos o más= posible consumo problema o dependencia.	<b>Finalidad:</b> diagnosticar si el participante tiene algún tipo de riesgo al consumo de alcohol de acuerdo con el Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), percibido por el encuestado.	<b>Test de Audit</b> <b>(Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)</b>
<b><u>Dependiente</u></b> <b>Déficit cognitivo</b>	Es un síndrome clínico que se caracteriza por presentar pérdida y disminuciones en de las funciones mentales superiores como son: atención, memoria, cálculo, orientación, lenguaje, personalidad, comprensión, conducta.	<b>Psicológica</b>	<b>Dominios que evalúa el Neuropsi, cada uno tiene su respectiva puntuación</b> 1) Orientación 2) Atención y Concentración 3) Codificación 4) Lenguaje 5) Lectura 6) Escritura 7) Funciones Ejecutivas 8) Funciones de Evocación	<b>Finalidad:</b> permite valorar los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Sirve para poder identificar y diagnosticar tempranamente a aquellos sujetos que no cursan con un envejecimiento normal. Asimismo, permite la identificación y seguimiento de problemas en áreas básicas del funcionamiento cognoscitivo.	<b>“Neuropsi”</b> <b>Batería Neuropsicológica breve en español</b>

*Fuente: La Internet.*

*Elaboración: El autor.*

## **Técnicas e Instrumentos**

### **Técnicas**

#### **✓ Consentimiento Informado**

Se utilizará el consentimiento informado, el cual se garantizará que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación (Consumo de Alcohol y Déficit Cognitivo en pacientes internados en la fundación Juan Pablo II, Período 2019), después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

#### **✓ Encuesta**

Se aplicará a la población interna en la Fundación para establecer la percepción de riesgos asociados al consumo de drogas y los patrones de consumo de las mismas, será elaborada por el autor, según sus requerimientos.

### **Instrumentos psicológicos**

#### **✓ Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)**

El test AUDIT, fue desarrollado en 1982 por la OMS, Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional; cuyo objetivo es la detección de consumo de bajo riesgo, de riesgo y dependencia.

Es aplicable a pacientes de un hospital general con problemas relacionados al consumo de alcohol, personas deprimidas o con intentos autolíticos, además que la OMS propone aplicar a grupos vulnerables que puedan presentar problemas relacionados al consumo de alcohol como

son adolescentes, emigrantes y hombres de mediana edad. Ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América).

La confiabilidad del Instrumento AUDIT mostró una alta consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,83, superior al valor de 0,7 considerado en la literatura como aceptable. La validez se estableció en Chile, durante 2009. Este estudio concluyó que el instrumento es válido y confiable para el tamizaje de consumo de riesgo y el consumo problemático (consumo perjudicial y dependencia).

El test comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol; cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Que una vez completado el test se suma los puntos obtenidos según la respuesta estas puntuaciones van de:

<b>Puntuaciones</b>	<b>Equivalente</b>
0 a 7 puntos	Consumo de bajo riesgo.
8-15 puntos	Consumo de riesgo.
16 puntos o más	Posible consumo problema o dependencia.

✓ **“NEUROPSI” Evaluación Neuropsicológica Breve en español**

**Nombre:** “NEUROPSI” Evaluación Neuropsicológica Breve en español

**Autor:** Dra. Feggy Ostrosky-Solís, Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Rosselli.



**Edad de aplicación:** Desde los 16 a 85 años esta diferenciada por rangos de escolaridad y años de estudio.

**Forma de aplicación:** Individual.

**Tiempo de aplicación:** En poblaciones sin alteraciones cognoscitivas la duración aproximada para su administración es de 20 a 25 minutos y en población con trastornos cognoscitivos es de 35 a 40 minutos.

**Funciones Cognoscitivas que Evalúa:**

- I. Orientación
- II. Atención y Concentración
- III. Codificación
- IV. Lenguaje
- V. Lectura
- VI. Escritura
- VII. Funciones Ejecutivas
- VIII. Funciones de Evocación

**Material:** Manual de Instrucción, Láminas, Protocolos de Registro (Escolaridad Nula, Escolaridad Media y Alta), Perfiles de Ejecución (Por edad y Escolaridad), Tablas de Puntajes Globales.

**Calificación:** El sistema de calificación aporta datos cualitativos y cuantitativos. Con los datos independientes de cada habilidad cognoscitiva, se obtiene un perfil individual que señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas evaluadas. Los parámetros de

estandarización permiten obtener un grado o nivel de alteración que se clasifica en: normal, alteraciones leves, alteraciones moderada y alteraciones severas. Al final se obtiene un puntaje total y un perfil individual de funciones cognitivas.

**Confiabilidad:** Tiene altos índices de confiabilidad Test-Retest, que indican que las respuestas y errores son estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una población normal, por lo tanto, puede ser utilizado para el seguimiento de los efectos farmacológicos.

**Validación:** Los estudios han determinado que el NEUROPSI breve, distingue sujetos normales de pacientes con demencia, accidentes cerebrovasculares, daño en hemisferio cerebral derecho e izquierdo y traumatismo craneoencefálico.

**Áreas de Aplicación:** Puede ser utilizada en la evaluación cognoscitiva de individuos en los que se conoce o se sospechan alteraciones cerebrales. Útil como instrumento de tamizaje o para ayudar a determinar si se necesita de una evaluación neuropsicológica completa.

Ostrosky, Ardila, Rosselli (como citan Flores, Ostrosky y Lozano, 2008) refieren, la aplicación es individual, evalúa dominios específicos alterados por daños cerebrales, como, orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo, incluye procedimientos de lineamiento fijo tanto de administración como de la calificación de las sub pruebas, que incluye ítems relevantes que pueden ser aplicadas a personas analfabetas y de baja escolaridad.

Aporta datos cuantitativos y cualitativos, permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognitivas y sus habilidades, se puede clasificar la ejecución del paciente utilizando la escolaridad y la edad del sujeto, en normal, alteración leve, alteración

moderada y alteración severa, potencialmente, el NEUROPSI proporciona datos relacionados con distintos síndromes neuroanatómicos (Ostrosky, Ardila, y Rosselli, 2004).

Para evidenciar la confiabilidad y validez de la batería psicológica, fue aplicado el Neuropsi a 40 personas cognoscitivamente intacta, en un periodo de 3 meses, la confiabilidad global test-retest fue 0.87, datos que muestran que las respuestas y errores son muy estables y que no existen efectos de practica o de deterioro en una población normal.

Clasificó correctamente a pacientes con demencia leve y moderada de un grupo control con exactitud mayor de 91.5%, y en sujetos con daño comprobado por Tomografía Axial Computarizada, el Neuropsi clasifico en 95% de acierto. Usado para establecer índices de sensibilidad y especificidad en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y en una muestra de pacientes con demencia y deterioro cognitivo incipiente (DCI) tanto en México como en Brasil (Ostrosky, Ardila, y Rosselli, 2004).

### **Técnicas para procesamiento e interpretación de datos**

Los datos obtenidos de la encuesta y reactivos psicológicos aplicados fueron analizados mediante estadística básica, y representados por medio de tablas y gráficos en el Software (IBM-SPSS) Statistical Package for the Social Sciences.

## **Procedimiento**

La investigación quedara estructurada en tres etapas, a continuación, se detalla el proceso seguido en las mismas para la consecución y cumplimiento de los objetivos planteados:

### **Primera Etapa**

**Primero:** En un primer momento se procederá a la observación del lugar de estudio y a la entrevista con los administrativos y encargados de la Fundación “Juan Pablo II” de la ciudad de Loja, para medir la factibilidad del estudio y apertura de las autoridades. Para fines de estacionamiento, cabe decir que, el contexto de la investigación estará enmarcado en la Fundación “Juan Pablo II”, que se encuentra ubicado, Vía a Cuenca, sector El Carigán; así mismo el bloque de internos, lugar específico de investigación, está conformado por 21 internos de la fundación.

**Segundo:** Solicitud formal dirigida al Director del de la Fundación “Juan Pablo II”, y espera de la posterior aprobación por parte del mismo, del respectivo permiso para la realización del trabajo de campo.

**Tercero:** Se aplicará de forma permanente durante los meses de mayo, junio y julio de 2019, y en forma individual, de la Encuesta, Test de AUDIT y NEUROPSI breve. Para la cual será preciso calcular una muestra de tipo no probabilística, de esta manera se escogerán a los internos a evaluar, la misma que será sesgada de acuerdo con los criterios de inclusión. La evaluación se realizará durante los días martes y jueves, durante todo el día.

## **Segunda Etapa**

**Primero:** Se realizará la aplicación de la encuesta y reactivos psicológicos (Test de AUDIT y NEUROPSI breve) a los internos con la finalidad de determinar el nivel de consumo y nivel cognitivo en los internos.

**Segundo:** Se procederá a la tabulación de los datos recogidos a través de la encuesta estructurada y reactivos psicológicos con la finalidad de establecer la tabulación y la relación entre el consumo de alcohol y déficit cognitivo mediante el software estadístico (IBM SPSS) Statistical Package for the Social Sciences, el mismo conlleva un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico que nos permitirá cumplir con los objetivos planteados en la investigación. Permitiendo así obtener tablas, gráficos frecuencias y porcentajes en la relación correlación de Pearson del consumo de alcohol y el déficit cognitivo.

**Tercero:** En esta etapa y para finalizar la misma, se efectuará la realización de las interpretaciones de los resultados a través del análisis tanto cuantitativo como cualitativo, la discusión de datos, conclusiones y recomendaciones.

## **Tercera Etapa**

Una vez recolectada la información deseada e identificados los niveles de consumo y niveles cognitivos, se procederá a la elaboración de un compendio bibliográfico sobre el tratamiento para la rehabilitación cognitiva de las áreas más afectadas, misma que será elaborado bajo la supervisión de la directora de tesis.

## g. CRONOGRAMA

Nro.	MESES	2019																																						
		ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO								
	ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
1	Presentación del proyecto de tesis		■																																					
2	Revisión del proyecto de tesis			■	■	■																																		
3	Corregir errores del proyecto de tesis						■	■	■	■	■																													
4	Presentación de proyecto de tesis corregido											■	■	■	■	■																								
5	Revisión de literatura													■	■	■	■	■																						
6	Investigación de campo.																		■	■																				
7	Elaboración de primer borrador de Tesis																			■	■																			
8	Revisión y corrección de desarrollo de tesis																				■	■	■																	
9	Aprobación de la tesis desarrollada																						■	■																
10	Calificación de tesis																							■	■															
11	Defensa privada de la tesis																								■	■	■													
12	Sustentación pública de la tesis																									■														

Fuente y Elaboración: El autor.

## **h. RESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

### **RECURSOS:**

#### **1.- Humanos:**

- ✓ **Investigador:** Ronald Santiago Sarango Ortega.
- ✓ **Investigados:** Internos de la Fundación “Juan Pablo II”.
- ✓ **Directora de tesis:** Psic. Cl. Jenny Fernanda Suing Ortega, Mg. Sc.

#### **2.- Institucionales:**

- ✓ Universidad Nacional de Loja.
- ✓ Facultad de la Salud Humana.
- ✓ Carrera de Psicología Clínica.
- ✓ Fundación “Juan Pablo II”.

#### **3.- Materiales y Equipos:**

- ✓ Compra de computador
- ✓ Hojas de papel bond tamaño INEN
- ✓ Lápices
- ✓ Cuadernillos
- ✓ Movilización
- ✓ Servicio de internet
- ✓ Compra de libros de Psicología
- ✓ Impresiones
- ✓ Copias
- ✓ Anillados

✓ Empastados

✓ Impresora

## **PRESUPUESTO**

<b>PRESUPUESTO MATERIAL</b>	<b>COSTO</b>
– Movilización	\$100,00
– Copias	\$50,00
– Escaneados	\$50,00
– Suministros de oficina	\$80,00
– Servicio de Internet	\$120,00
– Bibliografía	\$100,00
– Impresión de borradores	\$100,00
– Anillados	\$80,00
– Empastado de tesis	\$60,00
– Varios	\$300,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$1040,00</b>

*Fuente y Elaboración: El autor.*



## Anexo # 9

### CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN DEL IDIOMA ESPAÑOL AL IDIOMA INGLES.



Lic. Rafael Silva  
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

**CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y DÉFICIT CONGNITIVO EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA FUNDACIÓN JUAN PABLO II, PERÍODO 2019”** de la autoría del Sr. Ronald Santiago Sarango Ortega con número de cédula 1104275134, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 09 de octubre de 2019.

Lic. Rafael Silva  
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER