

RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL, COCAÍNA Y MARIHUANA EN ADULTOS VARONES DEL ALBERGUE JUAN PABLO II

¹ **Francisco J. De León**, Centro Juan Pablo II. Panamá. E.mail: fdeleono1397@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9725-5293>

² **Miguel A. Cañizales M.**, Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Industrial, Organizacional y Social. Panamá. E.mail E. macanizales@cwpanama.net ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2118>

Recepción: 12 de marzo de 2022

Aceptación: 28 de marzo de 2022

Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de drogas en adultos mayores del Albergue Juan Pablo II. Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 31 personas con antecedentes de consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Se utilizó una entrevista estructurada, Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo, 1999) y un Protocolo del Examen del Estado Mental para complementar la información del Deterioro Cognitivo. El tipo de estudio es descriptivo y correlacional. El diseño de investigación fue no experimental y el método de análisis estadísticos utilizado: estadística descriptiva, análisis de frecuencia, media aritmética, desviación estándar, tabla cruzada y chi cuadrado. Los resultados arrojaron que no existe relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Se recomienda una constante atención psicológica para reforzar hábitos y conductas que permitan al participante procesar y actuar de forma menos intensa, más madura y aceptada.

Palabras Claves: Deterioro cognitivo, consumo de alcohol, cocaína y marihuana.

Abstract

The objective of the present study is to determine the relationship between cognitive impairment and drug use in older adults from Albergue Juan Pablo II. We worked with an intentional non-probabilistic sample of 31 people with a history of alcohol, cocaine and marijuana use. A structured interview, the Mini-Cognitive Examination (de Lobo 1999) and a Protocol of the Mental State Examination were also used to complement the information

on Cognitive Impairment. The type of study used was descriptive and correlational. The research design was non-experimental and the statistical analysis methods used were: descriptive statistics, frequency analysis, arithmetic mean, standard deviation, crosstab and chi square. The results showed that there is no relationship between cognitive impairment and the consumption of alcohol, cocaine and marijuana; however, some inappropriate mental processes stand out. Constant psychological attention is recommended to reinforce habits and behaviors that allow the participant to process and act in a less intense, more mature and accepted way.

Key Words: Cognitive impairment, alcohol consumption, cocaine and marijuana.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que tiene el deterioro cognitivo y el consumo de drogas en adultos mayores. El deterioro cognitivo se definió conceptualmente como el desgaste psíquico en los procesos mentales. También se presenta el consumo de sustancias como el uso de cualquier droga para fines no médicos que afecte los procesos mentales.

Las funciones ejecutivas muestran déficit como afectación en la inhibición de la toma de decisiones, tareas de atención y memoria debido a lesiones cerebrales causadas por el constante consumo de drogas. Las drogas de abuso son cualquier droga usada para fines no médicos, casi siempre para alterar el estado de conciencia. (Salado, 2017, p. 156).

En Panamá, el consumo de drogas se presenta en diferentes modalidades. Entre ellas destaca el alcohol, que es una droga legal y por lo tanto la más común. Se identificó en el segundo lugar la cocaína y la marihuana como las drogas ilegales de consumo más frecuente, lo que se convierte en un cáncer para la sociedad.

El confinamiento del 2020, produjo como resultado un aumento en las recaídas. Se han visto afectadas una gran cantidad de personas y familias, que han llegado a la toma de la decisión de “sacar de la casa” a las personas con estos problemas, por lo cual una gran mayoría se convierte en habitantes de la calle.

Esta investigación busca establecer una relación entre el consumo de estas sustancias y el deterioro cognitivo manifestado en las personas que consumen y abusan de estas drogas.

El estudio está dirigida a varones en un rango de edad de 36 a 65 años, y que han afirmado voluntariamente haber consumido algunas sustancias y están en el albergue temporal del Centro de Orientación y Atención San Juan Pablo II.

Los datos obtenidos tendrán un impacto ante la realidad social, debido a que permitirá relacionar los resultados y obtener información para la mejora en el tratamiento y orientación en las conductas de estas personas durante su permanencia dentro de esta fundación y para otras poblaciones vulnerables en cualquier organización dirigida a la atención de las personas en riesgo social.

MÉTODO

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, que estuvo constituida por 31 personas del Albergue Juan Pablo II, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Se destaca el hecho de haber consumido y admitido el uso de alguna de las sustancias del estudio, tener una edad de adultez media de entre los 36 y 65 años, y haber pertenecido al Centro Juan Pablo II, durante el periodo del año 2020.

Instrumentos

Para evaluar el grado de lucidez o el compromiso de conciencia, especialmente en lo referente a la dificultad para despertar y dar respuestas ante estímulos externos, se usaron tres instrumentos: Una entrevista estructurada, Mini Examen Cognitivo de Lobo, (1999) y un Protocolo del Examen Mental. A continuación, se detalla:

Entrevista Estructurada

Incluye: Lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, edad, escolaridad, centro de residencia, ocupación, periodo de residencia, motivo de egreso, problemas relacionados a las drogas, inicio del consumo de drogas, última vez de consumo de droga, tolerancia o dependencia.

Mini-Examen Cognoscitivo (MEC o MMSE)

En esta categoría de instrumentos se demostró que la validez constructiva del MMSE son buenas, cuando se compara con otras escalas y medidas diagnósticas, como la que se realizó con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (del inglés Diagnostic and Statistical Manual-IV, de la American Psychiatric Association, 2000).

Acosta, (2009, p. 322-324) indica:

“Los test cortos... normalmente arrojan resultados importantes sobre una población específica. En este caso la población es la policonsumidora, y con su aplicación se pretendió establecer la existencia de un deterioro en los procesos cognitivos.... En síntesis, el test Mini-Mental es útil como prueba de tamizaje debido a que arroja resultados sobre la afectación de las funciones a nivel general; sin embargo, en estos casos, es de vital importancia emplear una batería de evaluación neuropsicológica extensa para determinar específicamente el área alterada”.

En el mismo sentido, Aznar, (1999): señala:

Los expertos ahora consultados también avalaron la "factibilidad" y validez "de contenido" del MEC. Los siguientes datos previos existentes de la estandarización española original avalan la validez "de construcción" del instrumento: "validación concurrente" contra instrumentos psicométricos o exámenes clínicos independientes; capacidad discriminativa entre cuadros "orgánicos" y "no orgánicos"; y validación contra parámetros externos, incluyendo el EEG. Los resultados del cálculo de fiabilidad test/retest del MEC, en las exigentes condiciones del estudio, fueron satisfactorios. La mayoría de individuos se sitúa en los márgenes altos, normales, de rendimiento en el MEC, pero existe suficiente dispersión en las puntuaciones y el coeficiente de fiabilidad fue, para el MEC-35: $k_w = 0,637$ (IC95% = 0,596-0,678; $z = 12,655$; $p < 0,01$).

Protocolo del Examen Mental

En esta evaluación es necesario efectuar un examen mental para obtener información respecto a posibles grados de alteración del juicio, inteligencia, memoria, estado de ánimo, otros. Estos son aspectos que forman parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos.

Este protocolo discrimina según la exploración de la evaluación del estado mental que refleja algunas características de las funciones corticales superiores, como el pensamiento abstracto.

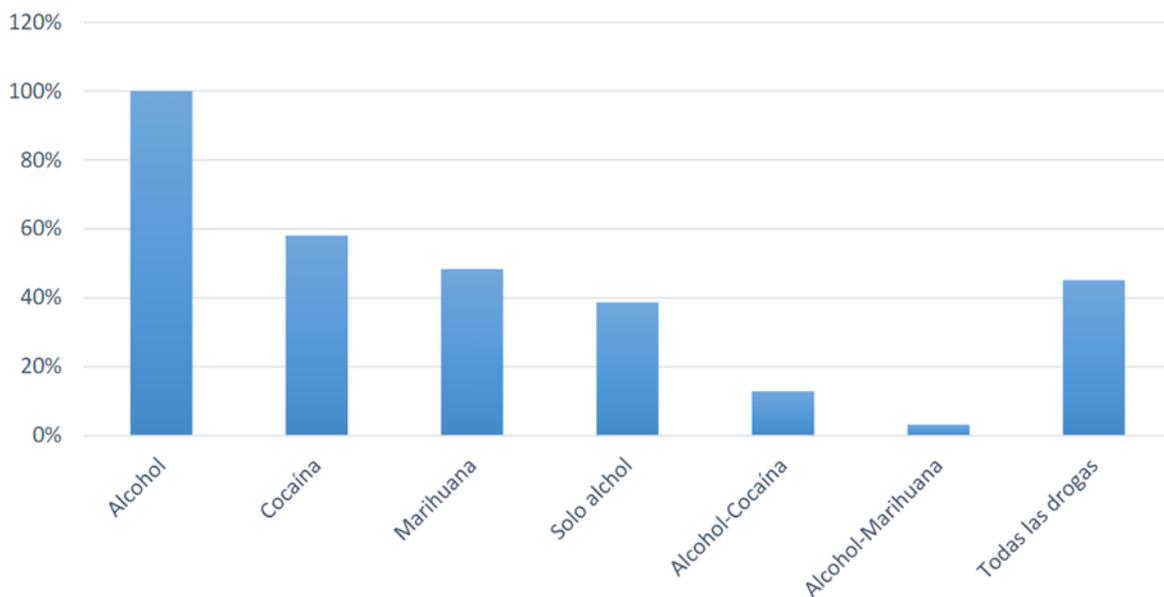
RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el análisis de los datos.

Descripción de resultados obtenidos de la Entrevista Estructurada

En la tabla **Tabla 1**, se observa la distribución del consumo de drogas de mayor a menor cantidad: Alcohol con 31 personas (100%), Cocaína con 18 personas (58%) y la Marihuana con 15 personas (48%). Se realiza una distribución, según el uso de las drogas; siendo elegida la opción Todas las drogas consumidas, por 14 personas (45%); Solo alcohol consumido, por 12 personas (39%); Alcohol-Cocaína consumidos, por cuatro personas (13%) y el Alcohol-Marihuana consumidos, por una persona (3%). Se observa que la droga de consumo más común (la totalidad de la muestra) es el alcohol (droga legal del estudio). Las personas que han consumido todas las sustancias representan un porcentaje significativo y mayor que las personas que han consumido solo alcohol. Para el consumo de las drogas ilícitas estudiadas, se puede destacar la cocaína, como la sustancia ilícita más consumida de esta muestra en comparación con quienes consumen marihuana.

Figura 1. Gráfica de distribución de frecuencia de muestra de acuerdo con el consumo de drogas.



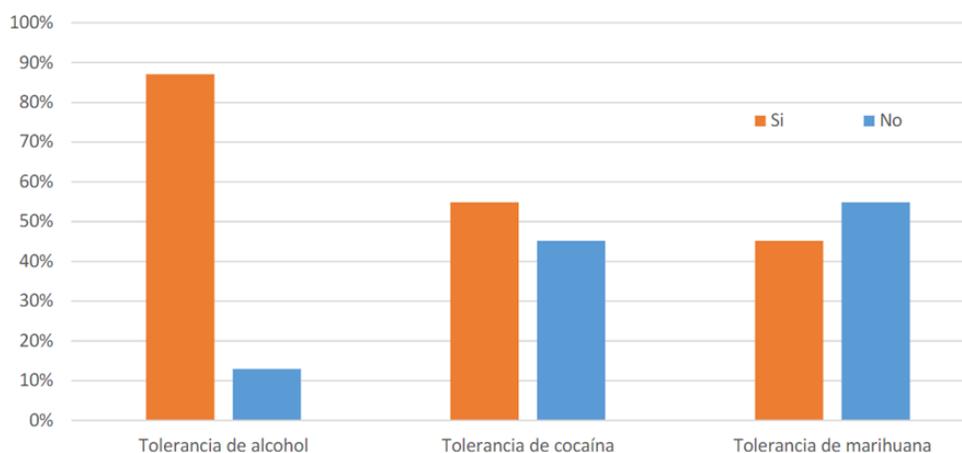
Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

Se presenta en la **Figura 2**, la distribución de las personas que han desarrollado tolerancia, de mayor a menor cantidad, hacia el alcohol, representó 27 personas (87%), tolerancia hacia la cocaína con 17 personas (55%) y la tolerancia hacia la marihuana con 14 personas (45%); Mientras que la distribución de las personas que no han desarrollado tolerancia de mayor a menor, aparece la no tolerancia hacia la marihuana con 17 personas (55%), la no tolerancia

de la cocaína, aparecen 14 personas (45%), y la no tolerancia del alcohol, aparecieron cuatro personas (13%).

Esto indica una mayor tolerancia desarrollada hacia el alcohol, seguido por la cocaína y por último la marihuana. Se observa la diferencia de una persona que ha consumido cocaína y marihuana y no ha desarrollado la tolerancia hacia estas sustancias (véase **Figura 1**), lo que representa que el consumo de alguna de estas sustancias genere mayores posibilidades de tolerancia que el alcohol.

Figura 2. Gráfica de distribución de frecuencia de muestra de acuerdo con la tolerancia de consumo de drogas.

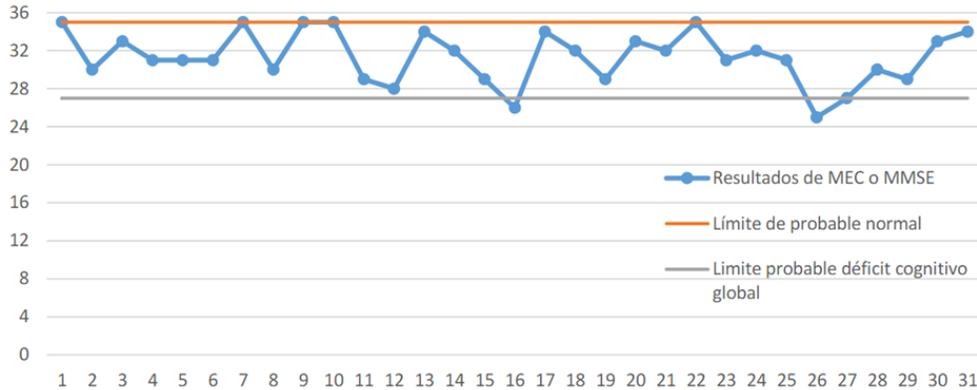


Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021.

Resultados del MEC

Se presenta en la **Figura 3**, la distribución de los resultados del MEC (Lobo, 1999) de mayor a menor puntaje, cinco personas (16%) se obtuvo un puntaje de 35; 5 personas (16%), arrojó un puntaje de 31; cuatro personas (13%), con un puntaje de 32; cuatro personas (13%), con puntaje de 29; tres personas (10%), obtuvieron puntaje de 34; tres personas (10%), con un puntaje de 33; tres personas (10%), con puntaje de 30; una persona (3%), obtuvo un puntaje de 28; una persona (3%), con puntaje de 27; una persona (3%), obtuvo un puntaje de 26; y una persona (3%), con un puntaje de 25. Esto muestra que en la distribución de los resultados se encontró que 28 personas lograron alcanzar un intervalo de 28 puntos a 35 puntos, lo cual evidencia que existe una mayor cantidad de personas dentro de los resultados “Probable normal”. Mientras que solo tres personas están por debajo de 28 puntos, lo que destaca es que existe una cantidad mínima de la muestra que presenta un resultado de “Probable déficit cognitivo”.

Figura 3. Gráfica de distribución de la muestra de acuerdo con los resultados del MEC (Lobo, 1999).



Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
 Datos suministrados del MEC (Lobo, 1999).

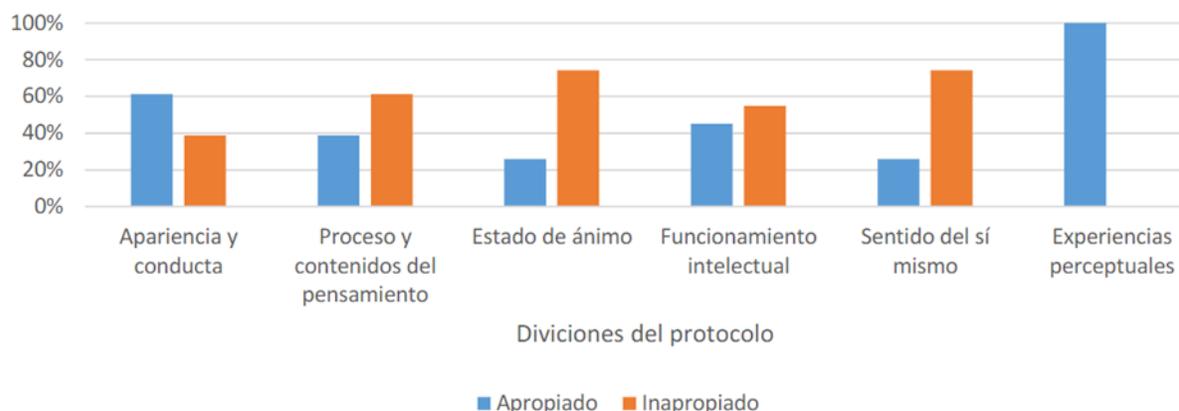
Resultados del Protocolo del Examen Mental

Se presenta en la **Figura 4**, la distribución de los resultados del Protocolo del Examen del Estado Mental, de acuerdo a la muestra de estudio, de mayor a menor cantidad de resultados apropiados de las divisiones, siendo las Experiencias perceptuales de 31 personas (100%); Apariencia y conducta de 19 personas (61%); Funcionamiento intelectual de 14 personas (45%); Procesos y contenidos del pensamiento de 12 personas (39%); Estado de ánimo de ocho personas (26%); y Sentido del sí mismo de ocho personas (26%).

La distribución de mayor a menor cantidad de resultados inapropiados de las divisiones fueron el Estado de ánimo de 21 personas (74%); Sentido del sí mismo de 23 personas (74%); Proceso y contenidos del pensamiento de 19 personas (61%); Funcionamiento intelectual de 17 personas (55%); Apariencia y conducta de 12 personas (39%); y Experiencias perceptuales No presentó respuesta inapropiada.

Esto puede indicar que existe un mayor porcentaje de población con resultados inapropiados en el estado del ánimo, siendo esta la mayor debilidad de la muestra, continuando con los procesos y contenidos del pensamiento, el funcionamiento intelectual y el sentido del sí mismo. Eso puede ser una predisposición psicológica para explicar los resultados de la tolerancia o dependencia (véase **Figura 2**).

Figura 4. Gráfica de distribución de la muestra de acuerdo con los resultados del Protocolo del Examen del Estado Mental.



Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

Resultados estadísticos

Se presenta en la **Tabla 1**, la distribución de los resultados por división del Mini Examen Cognitivo (Lobo, 1999), según los resultado de los 31 participantes, hubo un mínimo de siete puntos a un máximo de 10 puntos con una media de 9.65 y una desviación estándar de 0.80 en los Puntajes de Orientación; un mínimo de dos puntos a un máximo de tres puntos, con una media de 1.97 y una desviación estándar de 0.18, en los puntajes de Memoria de fijación; un mínimo de cero puntos a un máximo de cinco puntos con una media de 3.74 y una desviación estándar de 1.46, en los puntajes de Restar de 30; un mínimo de un punto, a un máximo de tres puntos con una media de 12.55 y una desviación estándar de 0.62 en los puntajes de Repetición de dígitos inversos; un mínimo de cero puntos a un máximo de tres puntos con una media de 1.97 y una desviación estándar de 1.05 en los puntajes de Memoria diferida; un mínimo de dos puntos a un máximo de tres puntos con una media de 2.84 y una desviación estándar de 0.37 en los puntajes de Orientación; un mínimo de cero puntos a un máximo de dos puntos con una media de 1.90 y una desviación estándar de 0.40 en los puntajes de Semejanzas; un mínimo de cero puntos a un máximo de tres puntos con una media de 2.87 y una desviación estándar de 0.56 en los puntajes de Órdenes verbales; un mínimo de uno punto a un máximo de un punto con una media de 1.00 y una desviación estándar de 0.00, en los puntajes de Leer la frase; un mínimo de cero puntos a un máximo de un punto con una media de 0.94 y una desviación estándar de 0.25 en los puntajes de Escribir una frase; un mínimo de cero puntos a un máximo de un punto con una media de 0.97 y una desviación estándar de 0.18 en los Puntajes de Copiar el dibujo; un mínimo de 25 puntos a un máximo de 35 puntos con una media de 31.32 y una desviación estándar de 2.74 en los resultados de MEC. Esta estadística descriptiva nos permite comprender los comportamientos de manera general de la muestra estudiada. Hubo un mínimo de resultados

con posible “deterioro cognitivo” de quienes consumen las sustancias estudiadas. En general el comportamiento de la muestra de estudio obtuvo un resultado “probable normal”.

Tabla 1. Estadística descriptiva de los resultados del Mini Examen Cognitivo según la muestra.

Sub-Escalas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Orientación	31	7.00	10.00	9.65	0.80
Memoria de fijación	31	2.00	3.00	2.97	0.18
Restar de 30	31	0.00	5.00	3.74	1.46
Repetición de dígitos inversos	31	1.00	3.00	2.55	0.62
Memoria diferida	31	0.00	3.00	1.97	1.05
Lenguaje y praxis	31	2.00	3.00	2.84	0.37
Semejanzas	31	0.00	2.00	1.90	0.40
Órdenes verbales	31	0.00	3.00	2.87	0.56
Leer la frase	31	1.00	1.00	1.00	0.00
Escribir una frase	31	0.00	1.00	0.94	0.25
Copiar el dibujo	31	0.00	1.00	0.97	0.18
Resultados de MEC o MMSE	31	25.00	35.00	31.32	2.74
N válido (por lista)	31				

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
 Datos suministrados del MEC (Lobo, 1999).

Los resultados de esta tabla (**Tabla 2**), demuestran un cruce de variables entre el deterioro cognitivo por el Mini Examen Cognitivo (Lobo, 1999) y el consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana. De acuerdo a la muestra de estudio, las personas que No consumieron Alcohol, no obtuvieron porcentaje en los resultados; las personas que Sí consumieron Alcohol tienen un resultado “probable normal” de 28 personas (90%) y un “probable deterioro” de tres personas (10%); de las personas que No consumieron Cocaína tienen un resultado “probable normal” de 12 (92%) y un resultado de “probable deterioro” de una persona (8%); las personas que Sí consumieron Cocaína tienen un resultado “probable normal” de 16 personas (89%) y un resultado de “probable deterioro” de dos personas (10%); las personas que No consumieron Marihuana tienen un resultado “probable normal” de 15 (94%) y un resultado de “probable deterioro” de una persona (6%); las personas que Sí consumieron Marihuana tienen un resultado “probable normal” de 13 personas (87%) y un resultado de “probable deterioro” de dos personas (13%). Lo que representa que de las personas que consumieron las tres sustancias, dos personas obtuvieron un resultado de “probable deterioro cognitivo”, mientras que de las personas que solo consumieron alcohol, una persona obtuvo un resultado de “probable deterioro cognitivo”.

Tabla 2. Tabla cruzada de los resultados del deterioro cognitivo según el MEC y el consumo de drogas.

	Alcohol	Cocaína	Marihuana
--	---------	---------	-----------

	No		Si		No		Si		No		Si	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Probable normal	0	0%	28	90%	12	92%	16	89%	15	94%	13	87%
Probable deterioro	0	0%	3	10%	1	8%	2	11%	1	6%	2	13%
Total	0	0%	31	100%	13	100%	18	100%	16	100%	15	100%

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
 Datos suministrados del MEC (Lobo, 1999).

En la tabla se presentan los resultados de las frecuencias según la tabla cruzada de los resultados del deterioro cognitivo según el MEC (Lobo, 1999) y el consumo de drogas; se especifica la cantidad de personas que consumen la sustancia y las que no consumen.

Estadística Inferencial

Correlación

Hipótesis:

Hipótesis Ho: No existe relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en las personas que asisten al albergue temporal del Centro de Orientación y Atención San Juan Pablo II en la ciudad de Panamá.

Ho: $r=0$.

Hipótesis Hi: Existe una relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en las personas que asisten al albergue temporal del Centro de Orientación y Atención San Juan Pablo II en la ciudad de Panamá.

Hi: $r \neq 0$

Prueba estadística: chi cuadrado

Nivel de confianza: $\alpha 0.05$

Región de rechazo:

Rechazar la Ho $p \leq 0.05$

Aceptar la Ho $p > 0.05$

Deterioro Cognitivo Vs Alcohol

Tabla 21

Tabla cruzada		ALC		T
Recuento		OHOL	SI	
				otal

Deterioro	probable normal	28	8	2
	probable deterioro	3		3
Total		31		3
		1		

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
Debido a los criterios de inclusión y exclusión, fueron 31 encuestados que respondieron que sí consumen alcohol, de los cuales 28 son probables normal y tres personas en probable deterioro.

No se calcularon las medidas de asociación para la tabulación cruzada de deterioro alcohol. Como mínimo, una variable en cada tabla bidimensional sobre la que se calculan las medidas de asociación es una constante.

Deterioro Cocaína

Tabla 22

Tabla cruzada

Recuento

		COCAÍNA		Total
		NO	SI	
Deterioro	probable normal	13	15	28
	probable deterioro	1	2	3
Total		14	17	31

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
De las 31 personas entrevistadas, 28 dieron como resultado “probable normal”. De los cuales, 15 presentaron consumo de cocaína y 13 presentaron no consumir cocaína. Dentro de los entrevistados, tres dieron como resultado “probable deterioro cognitivo”. De las cuales, dos presentaron que consumieron cocaína y uno presentó no consumir cocaína.

Tabla 23

Pruebas de chi cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado	.188 ^a	1	.665
Razón de verosimilitud	.192	1	.661

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
De acuerdo al valor de chi cuadrado de 0.188, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.665 mayor al nivel de alfa 0.05. Pero como los valores esperados en las casillas son menores a 5, lo cual indica que los resultados de las tablas son menores, se usó la razón de verosimilitud, indicando que su valor es de 0.192, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.661. Lo que demuestra que hay evidencia suficiente para rechazar Ho, que coincide con la relación entre el consumo de cocaína y el deterioro cognitivo. Por lo que se acepta, indicando que no existe relación significativa del deterioro cognitivo y la cocaína.

Deterioro Marihuana

Tabla 24

Tabla cruzada

Recuento

		MARIHUANA		Total
		NO	SI	
Deterioro	probable normal	16	12	28
	probable deterioro	1	2	3
Total		17	14	31

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021
De las 31 personas entrevistadas, 28 dieron como resultado “probable normal”. De los cuales, 12 presentaron consumo de marihuana y 16 presentaron no consumir marihuana. Dentro de los entrevistados, tres dieron como resultado “probable deterioro cognitivo”. De las cuales, dos consumieron marihuana y uno no consumía marihuana.

Tabla 25

Pruebas de chi cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado	.620 ^a	1	.431
Razón de verosimilitud	.622	1	.430

Fuente: Relación entre el Deterioro Cognitivo y el Consumo de Alcohol, Cocaína y Marihuana en Adultos Varones, 2021

De acuerdo al valor de chi cuadrado de 0.620, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.431 mayor al nivel de alfa 0.05. Pero como los valores esperados en las casillas son menores a 5, lo cual indica que los resultados de las tablas son menores, se usó la razón de verosimilitud, indicando que su valor es de 0.622, con un grado de libertad de 1, y un p valor de 0.430. Lo que demuestra que hay evidencia suficiente para rechazar H_0 , que coincide con la relación entre el consumo de marihuana y el deterioro cognitivo. Por lo que se acepta, indicando que no existe relación significativa del deterioro cognitivo y la marihuana.

Discusión

En la hipótesis estadística se establece que existe una relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana en adultos del albergue Juan Pablo II, en la ciudad de Panamá.

Según lo escrito en Papalia (2009), la etapa de la adultez media en términos cronológicos es entre los 40 y 65 años. Sin embargo, Papalia (2009) escribe posteriormente que no hay un consenso acerca de cuándo empieza o termina, por lo que en el presente estudio utilizamos una muestra de personas de 36 hasta 65 años que pertenecen a esta etapa. Como se expone en Bejarano (2006), la edad mediana constituye en una época donde se reevalúa la existencia, si no es un momento de reajuste dinámico con la familia, lo que puede ser significativo para las conclusiones de esta investigación, ya que los resultados son levemente mayores en los rangos de edad de 51-55 años (26%) y de 61-65 años (26%), al resto. Estos resultados difieren de los obtenidos en González (2012), que señalan que la edad promedio es de 33,8; y en lo expuesto en CONAPRED (2017), que presenta que el rango de edad oscila entre el 39% y 45%, esto quiere decir que se encuentran entre los grupos de edad de 18 a 44 años.

En el estudio hay patrones de datos sociodemográficos, observándose una alta frecuencia en los participantes que no culminaron el colegio, del cual los resultados se asemejan a los obtenidos en los trabajos de González (2012), que manifiestan que existe un alto porcentaje en personas que tienen bajos niveles de escolaridad. Sin embargo, difiere de los obtenidos en Lira (2013), que sostiene que en general los consumidores tienen buena escolaridad.

En cuanto a la ocupación, se muestran resultados similares en González (2012), pues se encontró un alto porcentaje de sujetos con experiencia en ocupaciones como empleados por

cuenta ajena en ocupaciones que no requieren un estudio complejo para ser ejercidos (como Construcción 23%, Estibador 13%, y Seguridad 13%). También, similares en Lira (2013), del cual se expone que un alto porcentaje tiene una ocupación del cual el consumo de sustancias hace que se le dificulte cualquier actividad compleja.

En cuanto a la prevalencia de consumo de las sustancias de estudio, esta investigación tiene similitud con la realizada por CONAPRED (2017), que presenta un alto porcentaje de 72% de personas que declaran haber consumido alcohol al menos, alguna vez en su vida. Los resultados obtenidos también tienen similitud al trabajo realizado por Lira (2013), y se expone que una alta cantidad de usuarios que consume alcohol junto con la cocaína. Esto último también se ve expuesto en el consumo de drogas de esta investigación, ya que el alcohol es una sustancia con un 100% de consumo, mientras que la cocaína y la marihuana tiene menor nivel de consumo. Es común observar antecedentes de consumo de dos o tres sustancias de estudio a la vez, en donde el alcohol se encuentra presente en todos los sujetos y es acompañado con otras sustancias. Esto, según lo expuesto en Cañuelo y Garda (2002), mencionados por Lira (2013), quien afirma que el consumo de alcohol puede ser el estímulo iniciador o desencadenante de la búsqueda del efecto. Lo que también manifiesta la propuesta de la droga dominante mencionada por Salado (2017), quien establece que una de las sustancias es de mayor dependencia, mientras que las otras sustancias no son totalmente necesarias y pueden ser reemplazables.

Mientras que, en esta investigación, las drogas ilícitas de estudio son la cocaína y la marihuana y se presenta que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo, seguida por la cocaína. De igual forma, difiere de lo expuesto en CONAPRED (2017), en donde la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en Panamá.

El inicio del consumo de alcohol, con similitud a lo expuesto en Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2013), presenta que la edad de inicio de consumo de alcohol es entre los 16 y 18 años. Sin embargo, difiere en los resultados de esta investigación con un inicio de consumo de marihuana promedio de los 17.6 años y un promedio de 19.7 años en el consumo de cocaína; mientras que el rango de edad del inicio de consumo de marihuana es desde los 20-24 años (53%) y de los 10-14 años (44%) en cocaína.

Esta investigación tiene un alto porcentaje en el 2020, como última vez de consumo de todas las sustancias de estudio y similitud con lo expuesto en González (2012), que presenta que la prevalencia de consumo de alcohol se da en el último mes y en las otras sustancias en los últimos 6 meses.

El resultado de la dependencia hacia el alcohol en esta investigación difiere con los resultados del Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2013), puesto que un bajo porcentaje manifiesta comportamientos indicativos de la dependencia del alcohol. Sin embargo, hay similitud entre ambos estudios con respecto a la dependencia de la cocaína y la marihuana, debido a que manifiesta que la población que ha consumido la sustancia muestra signos de dependencia o la han consumido de manera abusiva.

Los resultados del análisis concuerdan con lo mencionado en Cogollo (2011), en que el consumo prolongado de las sustancias produce alteraciones que van desde el estado de ánimo

hasta una crisis de ansiedad, de pánico, delirios y otros. En esta investigación, según el Protocolo de Examen del Estado Mental, los resultados inapropiados con mayor porcentaje fueron las experiencias perceptuales, la conducta motriz (como lenta, esforzada, hiperactiva o con gesticulaciones), la memoria rápida, las creencias irracionales, el estado de ánimo y afecto, el funcionamiento intelectual, y el juicio.

Estos resultados también son similares a lo mencionado en Pradat-Diehl (2003), Gilbert (2004), Bramham (2004), Astigarraga (2005) y Bramati (2002); mencionan que las personas que consumieron por primera vez en el periodo de la inmadurez se ven expuestos a ser más vulnerables o con mayor dificultad de manejar problemas de control de impulsos, ya que se ve afectada la corteza prefrontal debido a los resultados que nos permiten observar el mal funcionamiento en la función de planificar, resolver problemas, y controlar impulsos, como podemos observar un alto porcentaje en la velocidad inapropiada en el proceso del pensamiento, creencias irracionales, e ideas sobre evaluadas las más afectadas.

El deterioro cognitivo de la muestra obtuvo una media de 31.32 puntos, lo que corresponde a una media estadística con un rango de «posible normal» en el MEC (Lobo, 1999). Según el Protocolo del Examen Mental, sobresalen en las experiencias perceptuales, la apariencia y conducta con mayor cantidad de resultados «apropiados»; mientras que sobresalen en el estado de ánimo, el sentido del sí mismo, los procesos y contenidos del pensamiento, y el funcionamiento intelectual con mayores resultados «inapropiados». Esta no se valida, ya que no se observó una relación significativa entre el deterioro cognitivo y el consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Estos son parecidos a la investigación realizada por Carcelén (2020), donde no se evidenció deterioro cognitivo grave ni moderado, siendo el deterioro cognitivo leve el más frecuente con un franco predominio del grupo etario de entre 18 y 24 años con 18 casos (64,3%), seguido del grupo de 25 a 29 años con el 14,3%. Un estudio similar fue el de Mariño (2012) donde el análisis de los resultados evaluados, a través de la prueba de chi cuadrado evidenció que no hubo relación con el tipo de droga consumida; no siendo así con el tiempo de consumo, contrario a lo citado en la literatura.

Estos son diferentes al realizado por Coullaut (2011), donde demostró una correlación entre el deterioro cognitivo y el consumo de diferentes sustancias psicoactivas. Otros estudios cuyos resultados son diferentes a los encontrados en esta investigación, fueron el realizado por Arbaiza (2014), indica que se ve afectada la memoria de trabajo y funciones ejecutivas y Pérez (2002), encontró que el impacto de los deterioros neuropsicológicos está asociado al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. García (2019), muestra que los resultados de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan más dificultades en el desempeño cognitivo.

Conclusión

Se concluye con esta investigación que no existe relación entre el deterioro cognitivo y el consumo de drogas en los adultos varones que habitaron el Albergue Juan Pablo II en Panamá durante 2020.

Dentro de las variables sociodemográficas encontramos que la droga de mayor consumo es el alcohol, ya que existe una totalidad porcentual de personas han admitido haberla consumido por lo menos una vez en su vida en esta investigación. Esta sustancia es la única droga legal y depresora estudiada y la mejor aceptada dentro de la cultura. El alcohol es la droga dominante más común dentro de este estudio. La cocaína obtuvo la mayor frecuencia de inicio de consumo en edades tempranas. La sustancia psicodélica (marihuana) es la menos consumida entre las otras drogas observadas. La marihuana tiene una frecuencia de inicio de consumo mayor que las otras dos drogas. El consumo de cualquier droga ilícita, como la cocaína, en edades tempranas tiene una alta posibilidad de desarrollar tolerancia. Según los datos obtenidos en esta investigación, el mayor porcentaje de personas que consumieron una de las drogas del estudio en edades tempranas, desarrollaron tolerancia posteriormente. Inclusive puede que desencadene un deseo de experimentar con otras sustancias o realizar combinaciones en edades próximas.

Las personas que consumieron por primera vez alguna de las drogas estudiadas antes de alcanzar la madurez se ven expuestos a ser más vulnerables para crear una tolerancia.

Prevalece una baja frecuencia en los puntajes de “probable déficit cognitivo”, siendo el resultado de “probable normal” la norma del estudio.

Existe una alta frecuencia inapropiada en los resultados de “Apariencia y conducta”, “Proceso y contenidos del pensamiento”, “Estado de ánimo”, “Funcionamiento intelectual”, y el “Sentido del sí mismo”.

El deterioro cognitivo de la muestra obtuvo una media de 31.32, lo que representa un resultado muestral de “Probable normal”. Por lo que, las personas que han consumido las tres sustancias tienen la mayor cantidad de resultados en “Probable deterioro” (de dos personas con posible deterioro cognitivo), mientras que el grupo de personas que consumieron solamente alcohol tienen el menor resultado de posible deterioro cognitivo (una persona con posible deterioro cognitivo).

No se validan los resultados de chi cuadrado ni los de la Razón de verosimilitud, demostrando que no hay un grado de asociación, por lo que se acepta hipótesis nula.

Referencia

1. Acosta, J. C. (2009). Perfil del MINI-MENTAL en policonsumidores de 25 A 50. *Psicogente*, 12(22), 316-325.
2. Álaba, J. A.-O. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(3), 131-138.
3. Allegri, R. y. (2001). La corteza prefrontal en los mecanismos atencionales y la memoria. *Revista de Neurología*, 32(5), 449 – 453.
4. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Panamericana.

5. Arbaiza, M. (2014). *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el drogodependiente*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
6. Arbaiza-Díaz, I. B.-B.-V.-V.-R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 168-73.
7. Astigarraga, E. G. (2005). Only spontaneous counterfactual thinking is impaired in patients with prefrontal cortex lesions. *Brain Res Cogn Brain Res*, 24(3), 723-726.
8. Aznar, S. d. (1999). Revalidación y estandarización del minexamen de cognición (primera versión en español del Mini-Examen de Estado Mental) en la población geriátrica general. *National Center For Biotechnology Information*, 112(29), 767-74.
9. B., R. C. (2004). Sequential memory: a developmental perspective on its relation to frontal lobe functioning. *Neuropsychol Rev*, 14(1) 43-64.
10. Bejarano, J. F. (2006). El consumo de drogas en hombres y mujeres costarricenses. Análisis de una década en personas de 25 a 59 años de la población general. *Costarric. salud pública*, 15(28).
11. Bramati, I. G. (2002). Functional networks in emotional moral and nonmoral social judgments. *Neuroimage*, 16(3), 696-703.
12. Bramham, J. B. (2004). Reward-related reversal learning after surgical excisions in orbito-frontal or dorsolateral prefrontal cortex in humans. *J Cogn Neurosci*, 16(10) 1796-804.
13. Carcelén, R. G. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Correo Científico Médico*, 24(2).
14. Castro, M. y. (2014). *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*. Universidad de Costa Rica.
15. Cea, S. E. (2016). Relación Entre Coeficiente Intelectual, Inteligencia Emocional, Dominancia Cerebral y Estilos de Aprendizaje Honey-Alonso en Estudiantes de Educación Física de Chile. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4), 1207-1209.
16. Cimadevila, C. (2008). Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en población gallega mayor de 65 años. [Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela]. <https://books.google.com.pa/books?id=ohpUv2vKcBAC&lpg=PA179&dq=deterioro%20cognitivo&hl=es&pg=PP2#v=onepage&q=deterioro%20cognitivo&f=false>.
17. Cogollo, Z. y. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. *Colomb. Psiquiat*, 40(4).
18. CONAPRED. (14 de diciembre de 2017). *Ministerio Público de Panamá*. Obtenido de <https://ministeriopublico.gob.pa/informe-conapred-control-del-abuso-drogas-panama-evento-conexos/>
19. Coullaut, R. A. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(3), 168-73.

20. Crozier S., D. B. (2001). The role of dorsolateral prefrontal cortex in the preparation of forthcoming actions: an fMRI study. *Cereb Cortex*, 11(3) 260-266.
21. D. Salado, A. D. (2017). Psicofisiología Humana (*Ied.*). Universidad de Panamá.
22. Damasio, H. (1989). Lesion Análisis in neuropsychology. Oxford University Press.
23. Domínguez, M. L. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 119-135.
24. E., G. W. (2001). Functions of the medial frontal cortex in the processing of conflict and errors. *J Neurosci*, 21(23) 9430-9437.
25. Esteban F., E. D. (2018). Locus de control según estadios de cambio en usuarios del centro "Proyecto Esperanza". *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 2(1), 1-8.
26. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (08 de mayo de 2018). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Obtenido de <https://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>
27. Fidel, E. y. (2019). Detetiotto cognitibo en jovenes por el consumo excesivo de drogas. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro.
28. Folstein, M. F. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients. *J. Psych. Res.*, 12(3) 189-98.
29. García, M. y.-M. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral*, 3(6), 43-52.
30. García, V. (2019). Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicosociales. Colombia: Universidad de Córdoba.
31. Gilbert, D. T. (2004). Looking forward to looking backward: the misprediction of regret. *Psychol Sci*, 15(5), 346-350.
32. González, J. R. (2012). Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(3).
33. Lira, J. O. (2013). Perfil sociodemográfico y patrones de consumo de drogas de pacientes de cocaína y crack. *Diversitas*, 9(2).
34. Lobo, A. y. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. (112), 767-774.
35. M., B. (2018). Inteligencia emocional y drogodependencias: Factores de riesgo psicosociales [Tesis de grado, Universidad Autonoma de Barcelona]. Obtenido de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2018/194373/TFG_mbuendiapoyo.pdf
36. Mariño, N. C. (2012). Funcionamiento ejecutivo en policonsumidores de sustancia psicoactivas. *Revista de psicología Unversidad de Antioquía*, 4(2), 49-64.
37. Ministerio de Justicia y del Derecho. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013. Colombia: Gobierno Nacional de la Republica de Colombia.

38. Monroe, T. y. (2012). Uso del Examen Folstein Mini Mental State (MMSE) para explorar problemas metodológicos en la investigación del envejecimiento cognitivo. *Eur J Envejecimiento*, 9(3), 265-274.
39. National Institutes of Health. (20 de Agosto de 2020). National Institute on Drug Abuse . Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/sustancias-de-abuso-habitual>
40. Navas, E. y. (2004). El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Revista de Neurología*, 38(6), 582 – 590.
41. Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
42. Papalia, D. &. (2009). *Psicología del Desarrollo (11ed.)*. Mexico: McGrawHill.
43. Pérez, M. L. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14(3).
44. Pradat-Diehl, P. S. (2003). Perception of action boundaries in patients with frontal lobe damage. *Elsevier Science Ltd*, 41(12), 1619-1627.
45. R., S. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGrawHill.
46. Wechsler, D. (2005). *Protocolo de Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV*. El Editorial Moderno.