

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

76e3b58c4c8bc856a1731fe9897a62b08ab5dff3e01cdba0ae232aad7ccba3b1

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

**MAGÍSTER EN PSICOLOGIA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGIA DEL
APRENDIZAJE**

TÍTULO DEL PROYECTO:

**IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN ADULTOS EN TRATAMIENTO
AMBULATORIO POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS, PARROQUIA FEBRES CORDERO, USUARIOS DEL
CENTRO DE SALUD EL CISNE II.**

TUTORA

MGS KARLA MORA

AUTOR

JOEL DARIO CAÑARTE SIGUENCIA

MILAGRO, AGOSTO DEL 2022

ACEPTACIÓN DEL TUTOR



INFORME DEL TUTOR

Milagro, 16 de agosto de 2022

**Sr. Ing.
Eduardo Espinoza S., Phd
Director de Posgrados**

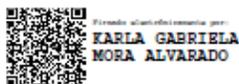
De mis consideraciones

Por medio de la presente certifico haber acompañado en el desarrollo del trabajo de Titulación en calidad de **profesor tutor**, al maestrante **CAÑARTE SIGUENCIA JOEL DARIO**, con el tema: "IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN ADULTOS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, PARROQUIA FEBRES CORDERO, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD EL CISNE II.". En el cual se realizaron 8 tutorías, las mismas que se encuentran registradas en el Sistema de Gestión Académica.

Además, notifico que el Trabajo de Titulación cumple con los parámetros de calidad y forma requeridos por el programa de maestría en **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE**, cumpliendo con el porcentaje de originalidad del 2%.

Pongo de manifiesto que autorizo la entrega del documento desarrollado a los entes pertinentes para proceder a la revisión y posterior defensa del Trabajo de Titulación presentado por el maestrante.

Atentamente,



Ps. Karla Mora, Msc.
C.I. 0928644871

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Comité Académico del Programa de Maestría en Psicología con mención en neuropsicología del aprendizaje de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título de una institución nacional o extranjera

Milagro, 30 de agosto del 2022

Joel Darío Cañarte Siguencia

C.I 0930463856

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA**

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN: NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE**, otorga al presente proyecto de investigación en las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.33
DEFENSA ORAL	38.67
PROMEDIO	98.00
EQUIVALENTE	Excelente



Firmado digitalmente por:
**ELKA JENNIFER
ALMEIDA MONGE**

**ALMEIDA MONGE ELKA JENNIFER
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado digitalmente por:
**DIANA ELIZABETH
PILAMUNGA
ASACATA**

**PILAMUNGA ASACATA DIANA ELIZABETH
VOCAL**



Firmado digitalmente por:
**KERLY ANGELA
ALVAREZ CADENA**

**Mth. ALVAREZ CADENA KERLY ANGELA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

DEDICATORIA

El ser humano por excelencia tiene la necesidad de buscar, descubrir e investigar y es mejor si aquello que va creando el pensamiento permite nutrir a la ciencia; estas acciones también tienen una motivación, brindar un servicio de salud mental ajustado a las necesidades de los usuarios que asisten a diario.

Además, dedico este trabajo a todos los pacientes que brindaron la facilidad de entrevistarlos, quienes dieron ese consentimiento y son parte de este estudio, aquellos que han sido beneficiados por el servicio ambulatorio que ha sido levantado durante estos cinco años por quien suscribe este documento, trabajo honesto, gratificante, loable y sobre todo enriquecedor.

Atentamente,

Joel Darío Cañarte Siguencia

AGRADECIMIENTO

Este proyecto ha sido construido con el esfuerzo y dedicación de muchos, quienes permitieron entrevistarlos y participar en la investigación, mis colegas quienes colaboraron en el levantamiento de la información, el Centro de Salud que me permitió realizar este proceso, a quienes luchan por la educación de calidad y nos exigen lo mejor de cada uno de los maestrantes de este posgrado, quienes permiten que el Ecuador siga creciendo educativamente y no se detienen, a mi estimada Tutora Karla Mora que me orientó adecuadamente en el proceso de construcción de ciencia, a mis docentes que han ido preparándome para este paso, a mis padres que me enseñaron a no rendirme, a mi esposa Vanessa que me hizo recordar lo placentero y hermoso que es estudiar y aprender para la vida, a mi hijo Joel Elías a quien le vamos trazando un camino en la vida.

Gracias a cada uno de quienes incentivaron este proceso, muchas gracias.

El agradecimiento es la memoria del corazón.

Atentamente,

Joel Darío Cañarte Siguencia

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Sr. Dr.

Jorge Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue “Impulsividad y riesgo suicida en adultos en tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias, parroquia Febres Cordero, usuarios del centro de salud El Cisne II, y que corresponde al Vicerrectorado de Investigación y Posgrado.

Milagro, 30 agosto del 2022

JOEL DARIO CAÑARTE SIGUENCIA

C.I 0930463856

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
CAPÍTULO I	5
Planteamiento del problema	5
Delimitación del problema	8
Formulación del problema	8
Pregunta Central de la investigación.....	8
Objetivo general	8
Objetivos Específicos.....	9
Hipótesis.....	9
Declaración de las variables	9
Variable 1.- Impulsividad.....	9
Variable 2.- Riesgo suicida.....	10
Variable 3.- Trastorno por Consumo de sustancias.....	10
Justificación.....	11
CAPITULO II.....	13

MARCO TEÓRICO.....	13
Antecedente histórico.....	13
Antecedente referencial.....	14
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	17
LAS ADICCIONES.....	17
Trastorno por consumo de sustancias.....	17
Factores de riesgo.....	18
Dependencia sustancia	19
Neuropsicología del consumo problemático de sustancias.....	20
Estadios de cambio.....	22
SUICIDIO.....	23
Riesgo de suicidio en las drogodependencias. -	25
Epidemiología del Suicidio en Latinoamérica y el mundo.	26
Etiología del suicidio.....	26
La Neuropsicología del suicidio.....	27
LA IMPULSIVIDAD	28
Etiología de la impulsividad. -	31
Neuropsicología de la impulsividad.....	31
La impulsividad y la drogadicción	33
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	35
3.2 La población y la muestra	35
3.2.1 Características de la población	35
3.2.2 Delimitación de la población.....	36
3.2.3 Tipo de muestra	36

3.2.4 Tamaño de la muestra.....	36
3.2.5 Proceso de selección de la muestra.....	37
3.2.6 Procedimiento. -.....	37
3.3 Métodos y técnicas.....	38
3.3.1 Ficha sociodemográfica.....	38
3.3.2 Escala de riesgo suicida de Plutchik.....	39
3.3.3 Escala de impulsividad de Barratt.....	39
3.4 Propuesta de procesamiento estadístico de la información.....	39
CAPÍTULO IV.....	41
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	41
4.1 Análisis e interpretación de datos obtenidos.....	41
4.2 1. Análisis de las características sociodemográficas de la muestra.....	41
Análisis estadístico de los variables personales: Edad.....	41
Análisis estadístico de los variables personales: Sexo.....	43
Análisis estadístico de las variables años en consumo problemático.....	44
Análisis estadístico de la cantidad de tipo de drogas consumidas. uso no médico.....	45
4.3 Análisis descriptivo de las variables.....	46
4.3.1 Análisis descriptivo de la variable riesgo suicida.....	46
Análisis descriptivo de variable riesgo suicida.....	46
¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?.....	47
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?.....	48
¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?.....	49
Análisis descriptivo de la variable impulsividad cognitiva.....	52
Análisis descriptivo de la variable impulsividad motora.....	52

Análisis descriptivo de la variable impulsividad no planificada	53
Análisis descriptivo de la variable impulsividad total	53
Análisis de correlación entre variables categóricas de impulsividad y puntuación total	54
4.4 Análisis de correlación de variables.....	55
Análisis de correlación entre variable riesgo suicida, años de consumo, situación económica, familiares en consumo de drogas y cantidad de tipos de drogas.	55
Análisis correlacional entre impulsividad, pensamiento e intento suicida.	56
Correlación entre variable impulsividad total y riesgo suicida	56
Análisis correlacional de Impulsividad, años en consumo de drogas y cantidad de drogas consumidas.	57
Análisis de correlación de la variable impulsividad y riesgo suicida.....	58
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	60
5.1 Conclusiones	60
5.2 Recomendaciones.....	61
REFERENCIA.....	62
ANEXOS	72

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre el consumo de drogas, riesgo suicida e impulsividad en los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio de la parroquia Febres Cordero, usuarios del Centro de Salud El Cisne II, siendo un problema de salud pública que se sostiene en el tiempo, se considera que existe una relación directa y positiva entre las variables descritas, siendo esta problemática más frecuente, que impacta negativamente en los programas de rehabilitación de drogodependientes causando procesos terapéuticos inconclusos, debido a esto se realiza la investigación con un enfoque cuantitativo, obteniendo datos de forma transversal, no experimental, con una muestra de 121 personas de ambos sexos con un rango de edad de 18 años hasta los 65 años, obtenida de manera intencional, se utilizó la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) que permitió analizar su variable en tres categorías, la no planificación, cognición y motriz; además de la escala de riesgo suicida de Plutchik; se realiza un análisis de frecuencia, correlación, y estadística descriptiva, donde se obtiene que el riesgo a suicidio está presente en el 66,1% de los participantes, el pensamiento suicida se encuentra en el 62,8% pero el intento no letal solo se concretó en el 41,3% de los usuarios participantes, la impulsividad en grado alto está presente en el 43,80%, así mismo existe una correlación positiva entre el intento no letal del suicidio y la impulsividad general; por consiguiente también hay una correlación positiva entre el riesgo suicida y la impulsividad, así como como la impulsividad y el número de drogas consumidas por los participantes; información que permitirá mejorar los procesos de tratamientos ambulatorios.

Palabras claves: riesgo suicida, impulsividad, drogadicción, dependencia.

ABSTRACT

The objective of this work is to determine the relationship between drug use, suicidal risk and impulsivity in users who attend outpatient treatment in the Febres Cordero parish, users of the El Cisne II Health Center, being a public health problem that is sustained over time, it is considered that there is a direct and positive relationship between the variables described, this being a more frequent problem, which negatively impacts drug addict rehabilitation programs causing unfinished therapeutic processes, due to this the research is carried out with a quantitative, obtaining data in a cross-sectional, non-experimental way, with a sample of 121 people of both sexes with an age range of 18 years to 65 years, obtained intentionally, the Barratt impulsivity scale (BIS-11) that allowed to analyze its variable in three categories, non-planning, cognition and motor; in addition to the Plutchik suicide risk scale; an analysis of frequency, correlation, and descriptive statistics is carried out, where it is obtained that the risk of suicide is present in 66.1% of the participants, suicidal thought is found in 62.8% but the non-lethal attempt only it was specified in 41.3% of the participating users, high-grade impulsivity is present in 43.80%, likewise there is a positive correlation between the non-lethal suicide attempt and general impulsivity; therefore there is also a positive correlation between suicidal risk and impulsivity, as well as impulsivity and the number of drugs consumed by the participants; information that will improve outpatient treatment processes.

Keywords: suicidal risk, impulsivity, drug addiction, dependency

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad analizar la relación entre el consumo de drogas y su incidencia en el riesgo suicida e impulsividad, usualmente este tipo de problemáticas suelen verse con frecuencia en los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio de la parroquia Febres Cordero, usuarios del Centro de Salud El Cisne II.

La drogodependencia es un problema de salud pública que se viene abordando en el Ecuador desde hace aproximadamente dos décadas, con programas en diferentes modalidades que han ido permitiendo la rehabilitación de personas con este tipo de dificultad; Según la OMS (2020) se la considera una patología de tipo psicológico, biológico y social, incluso algunos autores lo ubican como un fenómeno socioeconómico, se debe mencionar que desde la área psicológica y neurológica existen alteraciones específicas en ciertas áreas del cerebro que con el uso de estas sustancias afecta a las funciones ejecutivas como la planeación, control conductual, flexibilidad mental, razonamiento, autocontrol, regulación emocional que va ligada a las áreas pre frontales y frontales de la estructura cerebral, por lo que las alteraciones importantes en el consumo de drogas provocan también que existan distorsiones cognitivas, causando que se altere la conducta, existiendo un mayor riesgo al suicidio; por estas características observadas en la población, que acompañada del uso de sustancias, la impulsividad ejerce un papel importante como una conducta de riesgo al suicidio (Fernandez, 2016)

También se debe mencionar que el suicidio según la OMS (2022) es un acto deliberado con la finalidad de acabar con la vida de sí mismo, estando consciente de que como resultado se tendrá un desenlace fatal, al igual que, se debe mencionar que uno de los factores de riesgo del suicidio es el uso de drogas.

Por otra parte, es importante hablar sobre los planes de tratamientos actuales, donde se deja de lado abordar esta problemática, como el suicidio y la impulsividad, causando mayor riesgo al mismo. A lo largo del tiempo se denotan estos desfases en la planificación a través de los resultados observados en los pacientes; por esta razón es importante ir abordando estos vacíos metodológicos, teóricos e instrumentales que se han ido dejando de lado a través de los años generando programas de rehabilitación incompletos. Se debe de destacar que todo programa que permita reducir el riesgo al suicidio va a impactar de forma positiva.

ANTECEDENTES

Estudios sobre la impulsividad adquieren una importante trascendencia en el tratamiento de las adicciones, permitiendo esclarecer las diferencias patológicas de la personalidad, así como su relación con otros trastornos mentales que tengan o no conductas heteroagresivas o con predisposición genética por antecedentes familiares.

La International Society for Research on Impulsivity (ISRI) define a la impulsividad como una conducta sin un pensamiento adecuado previo, por lo que se evidencia que las personas en riesgo de drogodependencia suelen tener deficiencias en el autocontrol, esto se puede ver reflejado en la capacidad que se encuentra reducida en las redes prefrontales que regula el comportamiento (Ersche et al., 2012), siendo estas altamente reforzadoras, afectando directamente en los sistemas cerebrales que implica la conducta motivada, como los ganglios basales y el sistema límbico, modulando los sistemas de control en la corteza prefrontal. Existen investigaciones que se han encontrado que la impulsividad tiene una relación directa con el riesgo suicida facilitando la transición entre la ideación y el acto suicida; se encuentra una puntuación directa entre estas dos variables (Santana et al., 2019).

Por lo ya expuesto anteriormente se menciona que este estudio se contextualiza en la ciudad de Guayaquil, tomando como antecedente la relación que puede existir entre la impulsividad y el riesgo suicida de los usuarios que realizan tratamiento en el servicio ambulatorio intensivo. Partiendo con una hipótesis que se prevé descartar o afirmar en cuanto a la existencia de la relación directa entre la impulsividad y el riesgo suicida en pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de drogas.

Cabe mencionar que existen estudios a nivel de Latinoamérica que están englobando cada vez más sobre la impulsividad, siendo así encontramos en Colombia en el año 2019, un estudio sobre la Validez, constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida de Plutchik en adolescentes con un alfa de Cronbach de 0.72 a 0.80, planteando una reducción de los ítem de 26 en su versión española a 14 ítems con un punto de corte de seis puntos como indicador de riesgo suicida, obteniendo una consistencia interna de 0.90 y de retest de 0.90, con una población de 481 personas (Suárez-Colorado et al, 2019).

Es por esto que los rasgos de impulsividad y comportamientos relacionados con la adicción en los jóvenes fueron estudiados en el año 2018 tomando como esquema teórico el modelo de impulsividad UPPS-P, utilizando para el manejo de datos un sistema de regresión para evaluar variables a-b.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema

El estudio se circunscribe en el servicio ambulatorio para personas con trastornos por consumo de sustancias, que oferta el Ministerio de Salud Pública (MSP), beneficiándose en el año 2021 registrando 377 atenciones aproximadamente; siendo beneficiados los usuarios que son referidos e interconsultados de las unidades de salud pertenecientes a la Dirección Distrital 09D04 – Salud de la parroquia Febres Cordero.

Para el ingreso a este servicio el usuario realiza atención psicológica y médica como parte de una intervención básica, posterior son referidos al servicio ambulatorio intensivo, actualmente existen cinco centros dedicados a esta problemática y otras patologías de salud mental. Esta problemática es abordada por psicólogos clínicos de los servicios mencionados, psiquiatría, terapia ocupacional y las especialidades que se puedan requerir para su mejoría. Cada paciente tiene en su historial clínico una evaluación integral, la misma que solo tiene acceso el personal de salud, donde se realiza prueba toxicológica, tamizaje de violencia, escala de riesgo suicida, rasgos de impulsividad y diagnóstico de comorbilidades asociadas al trastorno por consumo de sustancias.

El problema se evidencia en las evaluaciones y los planes de tratamientos donde no se observan intervenciones destinadas a la impulsividad, las valoraciones de psiquiatría son deficientes, así como su tratamiento farmacológico, dejando de lado las afectaciones corticales y en su efecto las funciones ejecutivas, así como la autorregulación. Otro problema que aparece en el servicio es la reducida capacidad operativa de profesionales, la brecha de atención ha ido creciendo en relación a la sobredemanda existente, porque el servicio ambulatorio intensivo demanda un psicólogo clínico por cada 30 usuarios (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016).

Vallejo Alviter et al., (2021) afirma que se observa el incremento paulatino del consumo de sustancias a nivel mundial, siendo este un problema de salud pública, ocasionando enfermedades y muertes susceptibles de ser prevenibles, ante esto coincide el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 que uno de cada 20 personas adultas consumieron algún tipo de droga en su vida, siendo una población representativa de 250 millones de personas, sin embargo de esta población alrededor de 29 millones de consumidores tienen patologías ligadas con ellas, pero solo un usuario de cada seis recibe un tratamiento adecuado (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2016).

Méndez Díaz et al. (2021) afirma que el trastorno por consumo de sustancias “es un trastorno psiquiátrico que provoca la búsqueda y el uso compulsivo de una o varias sustancias de abuso, a pesar de las consecuencias adversas que estas provoquen”, por consiguiente existirá un fracaso en el autocontrol y autorregulación emocional, conductual y cognitivo en el sujeto que lo vive, siendo esta función ejecutiva una de las afectadas en la patología presente (pag. 83-93).

De Sola Gutierrez et al. (2013) hace hincapié en la antesala que proporciona la impulsividad en el desarrollo o apareamiento de un consumo de dependencia, pero también sostiene que el consumo de sustancias incide considerablemente en su apareamiento; las afectaciones corticales son una de las principales causas, mencionando que:

El circuito neural más importante lo constituye el eje cortico-estriato-tálamo-cortical, en donde la dopamina como neurotransmisor tiene un papel crucial, esencialmente a través del circuito mesocórtico-límbico o vía del refuerzo. Específicamente, las áreas cerebrales implicadas son el córtex prefrontal, especialmente las áreas ventromedial y orbitofrontal relacionadas con la planificación y juicio; el estriado ventral, concretamente el núcleo accumbens, clave en el sistema de refuerzo, y la amígdala, fuente de lo emocional y de las respuestas condicionadas (p.

147, citado por Ceravolo, Frostini , Rossi, y Bonuccelli, 2009).

El resultado es una respuesta conductual e ideación suicida en las personas con trastornos por consumo de sustancias usuarios del tratamiento ambulatorio, la impulsividad cognitiva es uno de los principales responsables, ante esto lo afirma Para Téllez y Forero (2006) “La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas” (p.67),

Existen estudios en Ecuador que coinciden con la importancia de estructurar intervenciones que se ajusten a las necesidades individuales de la población que enfrente un consumo problemático de sustancias, debido que se deja de lado las características de la impulsividad y el riesgo suicida, algunos plantean utilizar técnicas y enfoques que se sustentan en la evidencia científica (Calderón Guijarro, 2021)

Por lo consiguiente en Ecuador no se han realizados estudios suficientes que permitan relacionar las variables establecidas. Como el riesgo suicida, impulsividad y su relación con el consumo de sustancias. Por ello, es importante investigar ¿El consumo de sustancias se relaciona con la impulsividad y el riesgo suicida en los pacientes en tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud El Cisne II?

Delimitación del problema

Este trabajo está delimitada en la línea de investigación de Estudios biopsicosociales de grupos vulnerables de la población, tomando la Sublíneas basada en la Neuropsicología de las funciones mentales y de la personalidad, la misma que permitirá identificar la relación de la impulsividad y el riesgo suicida en la población adulta que hace tratamiento por trastorno por consumo de sustancias, las mismas que son usuarias del servicio de salud mental del centro de Salud Tipo C El Cisne II, de la ciudad de Guayaquil parroquia Febres Cordero.

Formulación del problema

El presente estudio se encuentra enmarcado en la exploración de la población adulta consumidora de sustancias, se establecen antecedentes de investigaciones previas y se requiere conocer la relación de las variables, planteando las siguientes interrogantes:

1. ¿Existe presencia de riesgo suicida en los usuarios del tratamiento por trastorno por consumo de sustancias?
2. ¿Cuál es la prevalencia de la impulsividad en los usuarios en tratamiento ambulatorio?
3. ¿Cuál es la relación entre el consumo de sustancias y la impulsividad y el riesgo suicida de los adultos en tratamiento por consumo de sustancias?

Pregunta Central de la investigación

¿El consumo de sustancias se relaciona con la impulsividad y el riesgo suicida en los pacientes en tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud El Cisne II?

Objetivo general

Determinar la relación entre el consumo de drogas y el riesgo suicida e impulsividad en los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud El Cisne II, parroquia Febres Cordero.

Objetivos Específicos

- Identificar las características del consumo de sustancias de los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio.
- Analizar la característica de la impulsividad de los consumidores dependientes de drogas usuarios del servicio ambulatorio del Centro de Salud El Cisne II.
- Determinar el riesgo suicida en personas que acuden a tratamiento ambulatorio por drogodependencia usuarios del servicio ambulatorio del Centro de Salud El Cisne II.
- Establecer la relación entre el consumo de sustancias y riesgo suicida e impulsividad en los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud El Cisne II.

Hipótesis

H1: el riesgo suicida se relacionan positivamente con la impulsividad de los adultos consumidores de sustancias en tratamiento ambulatorio.

H1: La impulsividad se relaciona directamente con el consumo de sustancias de los adultos en tratamiento ambulatorio.

Declaración de las variables

Variable 1.- Impulsividad

Urrego Barbosa, et al (2017) afirma que “es la predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a un estímulo interno y/o externos, a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas, tanto para la misma persona, como para terceros”, siendo contemplado como síntomas de algunos trastornos, entre ellos el consumo de sustancias. (p. 144).

Chahín Pinzón, N. (2013) afirma que la teoría de E. Barratt sobre la impulsividad estaría compuesta por tres factores. “El primero de ellos, la Impulsividad Motora, implica actuar sin

pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento. En segundo lugar, la Impulsividad Cognitiva implica una propensión a tomar decisiones rápidas. Finalmente, la Impulsividad no-planificadora se caracteriza por la tendencia a no planificar, mostrando un mayor interés por el presente que por el futuro” (p. 16).

Variable 2.- Riesgo suicida

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (Gutiérrez-García et al. 2006).

Variable 3.- Trastorno por Consumo de sustancias.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ta edición (DSM-5) define al trastorno por consumo de sustancias como “un modelo problemático de consumo de sustancias que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en un plazo de 12 meses”, tomando como característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es “la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia” (American Psychiatric Association, 2014)

Justificación

La impulsividad es un constructo complejo que ha ido definiendo varias conceptualizaciones; Urrego Barbosa, et al (2017) afirma que “es la predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a un estímulo interno y/o externos, a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas, tanto para la misma persona, como para terceros” (p. 144).

El riesgo suicida podría verse incrementado en paciente con rasgos de impulsividad como característica de personalidad medidos con instrumentos estandarizados, esto conlleva un problema en los tratamientos ambulatorios. El suicidio es un problema de salud pública, que se manejan estadísticas considerables a nivel mundial que provocan tomar decisiones importantes y necesarias para reducir esta problemática, debido a que anualmente ascienden los suicidios a aproximadamente 1 millón, siendo el 79% de todos los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).

Existen estudios previos en España (Sola Gutiérrez, 2013) abordan la impulsividad como una antesala al consumo de sustancias, además de relacionarlos con rasgos de personalidad, con esto concuerdan Forcada Chapa et al. (2006) en donde su estudio define la reversibilidad de este patrón conductual a las 4 y 12 semanas de tratamiento continuos y adheridos a un programa de rehabilitación, así como mencionar la afectación de las funciones ejecutivas ocasionadas por el consumo dependiente. Por otro lado, Colombia a través de estudios como el de Méndez Díaz et al. (2021) afirma que existen mecanismos cerebrales que están relacionados con la toma de decisiones, la reducción de la conciencia, la sensación de placer a través de conductas y específicamente de un sistema del placer. Así también como la existencia de comorbilidades de trastornos psiquiátricos con impulsividad y consumo de sustancias que inciden en el

aparecimiento de riesgo suicida, estando presente el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar, ansiedad, trastorno límite de la personalidad (p 83-93).

No obstante, el consumo de sustancias y su relación directa con la impulsividad se ha estudiado en Ecuador a través de Calderón Guijarro et al. (2021) en su artículo de investigación donde afirma la relación positiva entre estas dos variables, aportando a mejorar los planes de tratamiento en los procesos de rehabilitación, pero deja un vacío el riesgo suicida en los usuarios de estos servicios. Loo Briones et al. (2018) estudia las Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador, obteniendo como resultados que situaciones abrumadoras como la carencia de apoyo familiar al igual que la disfunción son unos de principales predictores del inicio y mantenimiento del consumo de sustancias.

Los usuarios de los servicios ambulatorio-intensivos del Ministerio de Salud Pública (MSP), se dan posterior a un proceso no exitoso de tratamiento ambulatorio básico, son pacientes que la complejidad de su patología no les permite mejorar con dicho tratamiento. El tiempo de permanencia de estos servicios son de seis meses dividido en tres etapas: desintoxicación no hospitalaria, deshabitación y reinserción (MSP, 2015).

Con estos antecedentes se determina la necesidad imperiosa de conocer la relación que existe en el consumo de sustancias, impulsividad y riesgo suicida, aportando a la mejoría de los procesos de tratamiento y rehabilitación, permitiendo entender la dinámica de esta problemática.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedente histórico

Una visión historia de las drogas permite conocer no solo su relación sociosanitaria o jurídica, sino permite tener una cosmovisión más amplia, desde lo antropológico, recordando el uso de las diferentes drogas, como el peyote, hachís, la amapola, opio, hojas de coca, usadas por diferentes culturas y sus principales problemas como “la epidemia de consumo de opio en China durante el siglo XIX, el problema de las drogas de abuso (y su conexión con el desarrollo de conductas delictivas)”, el mismo que fue extendiéndose gradualmente en el mundo occidental durante el siglo XX, llegando a su mayor punto en fechas relativamente recientes (López Muñoz et al., 2011).

Sin embargo, en el siglo XIX también supone el inicio de la historia de las drogas sintéticas, incrementando rápidamente el tráfico hacia otros países, pero hay quienes comentan que esta droga inicia en la India (Macht, D.I, 1915, p. 478).

Por consiguiente, consumo de la hoja de coca tampoco es reciente, iniciándose en países donde predominan los indígenas sudamericanos como las Costas de Chile, Perú, Paraguay, existiendo vasijas e instrumentos que datan desde hace 4000 años, siendo desde el Imperio Inca su uso se daba en rituales religiosos y sociales (López Muñoz et al., 2011).

El cáñamo también es otra planta que acompaña al hombre desde épocas antiguas, habiéndose usado su resina en forma de hachís y sus hojas como marihuana. Siendo usada al principio como desinflamatorio y calmante de dolores, pero advirtiéndose que su uso provocaría intoxicación. Invadiendo occidente por las tropas de Napoleón Bonaparte, no es sino hasta el siglo XIX donde Julien J. Virey encuentra los principios activos de la planta y sus estudios

exhaustivos fueron por Jacques-Joseph Moreau de Tours donde la catalogaron como un sedante, pero no fue hasta 1893 donde las obras publicadas “elogiaban sus propiedades anticonvulsivantes” (cannabis). De manera que las drogas han permanecido entre la humanidad a lo largo de toda la vida, siendo el usuario quien le genera un significado a su uso (López Muñoz et al., 2011).

Así mismo el suicidio se ha considerado como un fenómeno en todas las sociedades. Su terminología deriva del latín sui-sí mismo y cidium- matar. Castellanos Luna (2007) afirma que “los factores socioculturales influyen en el suicidio entre los ancianos, la imposibilidad de servir a la patria o la pérdida de su utilidad en la familia y a la sociedad, hacen que decidan su muerte”, bajo esta premisa se conoce que en la antigua Grecia, “el suicidio era un delito contra el Estado y los castigos para los suicidas era la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida” (Amador Rivera, 2015).

La impulsividad ha sido estudiada con mayor ímpetu desde las teorías psicobiológicas, desde la década de los 80” y un poco antes, así lo afirma Schmidt et al. (2011) donde lo ubica a Eysenck como máximo exponente de este tema en su teoría de la personalidad, posterior aparecieron otros estudios como Gray en 1987, Canli, en el 2006; Gray, & McNaughton, 2003 Cherbuin, et al. En el 2008 y BaskinSommers, Wallace, MacCoon, Curtin, & Newman, 2010, entre otros exponentes (p. 10).

Antecedente referencial

Loor Briones (2018) en su estudio sobre las causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador, afirma que “el 60,7 % de la población realizó su primer consumo de alcohol entre los 15-19 años”. Lo que afecta al desarrollo psicosocial, personal y afectivo del sujeto, porque “Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su

estructura y funcionamiento se ven afectados”. Lo que afecta a que estos cambios en el cerebro podrían ser de una duración prolongada llevando a conductas de riesgos ligadas a la impulsividad, riesgo suicida, conductas antisociales o delictivas entre otras conductas propias de esta patología.

Las dificultades que generan los trastornos por consumo de sustancias están relacionadas directamente en la edad de inicio, mientras más jóvenes inician el consumo, mayor es la afectación en el desarrollo evolutivo de ese niño o adolescente; la modificación de la funcionalidad cerebral se verá afectada existiendo una reducida capacidad de autorregulación conductual.

Calderón Guijarro (2021) afirma que en el estudio realizado existe una relación positiva de la impulsividad en el consumo de drogas, al ser este un estudio bibliográfico, ha podido establecer comparaciones de varios autores con investigaciones previas mencionando que “Autores y profesionales entrevistados coinciden en que la impulsividad es uno de los factores fundamentales a considerarse en el diagnóstico y el tratamiento” de las drogodependencias, debido a que la “la impulsividad puede ser un predisponente a los comportamientos compulsivos” (p. 13).

Es necesario resaltar que este estudio hace énfasis en la aplicación del enfoque cognitivo conductual, afirmando que “es mayormente utilizado por expertos”, además de prevención en recaída, la terapia racional emotiva, modelo de cambio de Prochaska y Diclemente (Calderón Guijarro, 2021).

Por consiguiente, este modelo de tratamiento tiene bases empírica y relevante en el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias, utilizando técnicas de autorregulación conductual, además del manejo de la impulsividad. Por lo tanto, se hace énfasis

de realizar intervenciones terapéuticas basadas en las necesidades individuales sin dejar de lado las generalidades de la población tratada.

La función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias, es el título de la investigación de Méndez Díaz et al. (2021) donde hace hincapié en las estructuras cerebrales y la alteración cortical que provoca el consumo de sustancias al cerebro, el mecanismo del placer interviene significativamente en el mantenimiento de las conductas compulsivas frente a la sustancia, y el deterioro de las funciones ejecutivas es la causante de la pobre autorregulación, la exposición de sustancias a edades tempranas genera que el autocontrol sea desadaptativo, no permitiendo la regulación de la conducta. Además de la comorbilidad de trastornos psiquiátricos, sería la impulsividad un síntoma de aquello.

Santana Campas et al. (2019) menciona que en “investigaciones previas han encontrado que la impulsividad es un factor de riesgo para el suicidio y que esta facilita la transición entre la ideación y el acto suicida”. Su estudio menciona una relación positiva entre estas dos variables, debido a que los participantes con mayor puntaje en impulsividad también tienen un riesgo presente de conducta suicida. Sin embargo, se obtiene que quienes están separados o divorciados tienen un mayor riesgo a una conducta suicida, debido a las pobres redes de apoyo emocional, al igual que quienes tienen una escolaridad baja.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

LAS ADICCIONES

El consumo de drogas es un problema de Salud Mental, lo define la National Institute on Drug Abuse (NIDA) como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por esta búsqueda compulsiva y obsesiva a pesar de que existen consecuencias negativas frente a esta enfermedad, tiene un impacto importante a nivel cerebral porque modifica la estructura y el funcionamiento del mismo, siendo cambios de larga duración. Se trata de un problema de salud crónico donde no hay remedio rápido o sencillo para reducir o aplacar este problema, su tratamiento es prolongado (National Institute on Drug Abuse, 2022).

Existen muchas características dentro de la drogodependencia que hacen que esta enfermedad sea recurrente y crónica, difícil de manejar, con algunas características que van desde la impulsividad, riesgo suicida, conducta agresiva, obsesión, compulsión, dificultad en la autorregulación y patologías duales (National Institute on Drug Abuse, 2022).

Trastorno por consumo de sustancias

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es una patología psiquiátrica que provoca en el sujeto la búsqueda y el uso compulsivo de una o varias sustancias de abuso, sabiendo que existe un resultado desfavorable (Méndez Díaz, 2021). Según el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) la característica esencial de una patología por consumo de sustancia es que exista un síntoma cognitivo fisiológico y comportamental el mismo que permite que la persona se mantenga un consumo constante de las sustancias a pesar de que existan dificultades que son significativas en relación a la misma (DSM-V, 2018).

Se debe considerar que, en una versión anterior al manual DSM-IV-TR (2004), se ubicaba esta patología en dependencia y abuso. Estableciendo un grado de cronicidad, pero el

manual actual hace una combinación de estas categorías en dependencia y abuso, siendo este un trastorno que se ubica en grados de leve a Severo, categorizando dicha gravedad según el número de síntomas que presenta una persona.

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por un patrón problemático y consumo de sustancias que provocan deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses (DSM-V, 2018).

Según el informe de la UNODC (2020), indica que existen aproximadamente 250 millones de personas que consumen sustancias ilegales siendo aproximadamente 29 millones son compatibles con patologías relacionadas con las drogas, esto sería el 0,6% de la población mundial adulta, Además este número se ha mantenido estable en los últimos 5 años.

En el 2020 el Informe Europeo sobre Drogas, indica que la cuarta parte de la población de la Unión Europea siendo estos aproximadamente 92 millones de habitantes ha usado algún tipo de droga ilegal en algún momento de su vida.

Factores de riesgo

Las adicciones son una enfermedad muy compleja, siendo multifactorial, multicausal y que tiene un enfoque biopsicosocial, siendo una patología recurrente y crónica dónde existen factores de riesgo genético género y de trastornos mentales, así como factores de riesgos medioambientales

Alguno de los factores sociales puede estar atribuidos a la dificultad en el acceso a la educación, dificultades económicas, laborales, hacinamiento, falta de acceso de oportunidades, así también como algunos factores medioambientales. Además del fácil acceso a la droga. Otros factores individuales están relacionados a la impulsividad, y al sistema de inhibición conductual (BIS, por sus siglas en inglés), además del sistema de activación conductual (BAS, por sus siglas

en inglés). Estudios realizados afirman que el riesgo al consumo de sustancias o adicciones incrementa cuando existe un reducido BIS y un incremento del BAS, siendo este último quien provoca la impulsividad en los sujetos (Santana Campas et al. 2020).

Dependencia sustancia

El proceso de dependencia de una persona empieza con la ingesta de forma regular, provocando tolerancia y habituación a nivel fisiológico, obteniendo así la liberación de dopamina en grandes cantidades a nivel del cerebro, obteniendo placer en gran medida, esto no solamente se lo ubica como un proceso meramente biológico también tiene una recompensa a nivel psicológico, podemos atribuir este último en algunos de los casos como una forma de liberar tensiones, recreación, resolución de conflictos personales entre otros.

Hay otros autores que definen a la dependencia de sustancias con el término de adicción como la Sociedad Americana de la adicción

El efecto placenteros del consumo de estas sustancias conlleva a que se intente repetir, incluso cuando el sujeto conozca sus efectos negativos o desagradables, existiendo un efecto de refuerzo; por lo consiguiente, los procesos neuronales relacionados al efecto de placer son múltiples y complejos, algunos estudios como los de Koob y Volkow en el año 2010 afirmaban que estas drogas de abuso intervienen en vías neuronales del cerebro, en particular la vía dopaminérgica del mesolímbico (De Micheli, D. et al, 2021, p. 85).

De Micheli, D. et al., (2021) intenta explicar el fenómeno de la dependencia de sustancias de los sujetos, afirmando que:

“El uso y abuso de estas sustancias hacen necesarias dosis cada vez mayores, caracterizando el fenómeno de la tolerancia. En la adicción, varias adaptaciones hacen que la interrupción del uso resulte en un conjunto de manifestaciones aversivas, caracterizando el síndrome de abstinencia.

Con frecuencia, esto desencadena una búsqueda compulsiva de drogas que perpetúa su uso, un fenómeno llamado recaída. Juntos, el deseo impulsivo y compulsivo por el uso de una sustancia (uso a pesar de las consecuencias perjudiciales), la aparición de la tolerancia, el síndrome de abstinencia y otros factores asociados caracterizan el trastorno psiquiátrico llamado trastorno por uso de sustancias” (p. 85),

Neuropsicología del consumo problemático de sustancias

El consumo de sustancias regularmente es usado para obtener placer y modificar la percepción sensorial, el estado de alerta, y el comportamiento, esta acompaña a la humanidad desde sus primeros días. Los efectos de tales sustancias pueden ser de naturaleza psicoestimulante, depresiva o alucinógena (siendo posible más de uno de estos efectos para una sustancia dada). Entre las drogas mas conocidas y utilizada en las sociedades occidentales son el alcohol, el tabaco (nicotina), la cafeína, la marihuana, la cocaína, los opioides, las anfetaminas, el LSD, y existen variaciones entre ellos según la cultura y el momento histórico (De Micheli, D. et al., 2021).

Desde la perspectiva neurobiológica y psicológica se refiere al uso de forma recurrente de estas sustancias lo que genera en el consumidor una serie de cambios ya sean biológicos, psicológicos y sociales alterando la forma de respuesta del sujeto ante el entorno y consigo mismo, esto se debe que para los pacientes drogodependientes las drogas está por encima de cualquier meta u otros tipos de reforzadores como la comida y el hogar, generando cambios en la funcionalidad del mismo y surgen alteraciones de conciencia y funciones ejecutivas afectando también a la memoria, aprendizaje, emociones y motivación afectando de forma directa al sistema nervioso central.

En general, el trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por la desregulación de

los circuitos cerebrales motivacionales, conocido como sistema de recompensa, cuyo papel es regular las conductas motivadas que son evolutivamente importantes para la perpetuación y el mantenimiento de las especies, tales como búsqueda de alimento y reproducción (Kelley y Berridge 2002 citado por De Micheli, 2021, p. 96).

Estas conductas están incentivadas por un proceso complejo donde se integra el objeto y el estímulo externo, el mismo que capta la atención incrementando su relevancia, mediando e influyendo en el pensamiento y la conducta de consumo.

El adecuado funcionamiento de la motivación toma de decisiones y control inhibitorio, logra la recompensa; los mismos circuitos cerebrales involucrados en el proceso de búsqueda de comida, los mismos mecanismos de este proceso también se reclutan en el uso de drogas de abuso. Al contrario de los comportamientos naturales, en los trastornos por consumo de drogas se observa la desregulación de estos circuitos que se caracteriza por la exacerbación de la prominencia de incentivos y formación de hábitos, déficits en la recompensa, aumento del estrés y compromiso de la función ejecutiva (De Micheli, D., 2021, p. 96-97).

Debido a esto las adicciones pueden ser iniciadas en cualquier etapa de la vida y con cualquier tipo de sustancias, por consiguiente, se van a evidenciar cambios a nivel conductual teniendo un agravamiento progresivo, por lo que puede dejar una huella importante en la memoria emocional al igual que remodelar las conexiones y vías neuronales haciendo que estos cambios en la funcionalidad perduren el tiempo, incluso las adicciones activan el circuito de la recompensa cerebral, por lo que a mayor intensidad de estos refuerzos surge la intensidad del deseo o el craving siendo esto la necesidad por consumir, viéndose influenciado por factores externos e internos, provocando un deseo incontrolable de consumo, también se evidencia frustración, el sujeto no establece habilidades sociales y genera la necesidad de gratificación

inmediata lo que conlleva a una necesidad de consumo.

Estadios de cambio

En algunos estudios de Proschaska y Diclemente (Proschaska et al. 1992) mencionan que existe una motivación de cambio que estos pueden establecerse en diferentes estadios:

- 1.- Precontemplación
- 2.- Contemplación
- 3.- Preparación para el cambio
- 4.- Acción
- 5.- Mantenimiento

Estos estadios de cambio pueden ser dinámicos por lo cual el paciente puede retroceder en su proceso de abandonar el uso o consumo problemático de algún tipo de droga psicoactiva.

Estas sustancias pueden provocar cambios a nivel de los circuitos cerebrales Incluso perduran en el tiempo aún que se haya abandonado en el consumo en una etapa prolongada del mismo punto siendo estos cambios los que son capaces de promover el deseo intenso de consumo e incluso la recaída del mismo. Los tratamientos deben de estar ligados a trabajar prevención de recaídas desde un enfoque multifactorial interdisciplinario y personalizada

En algunos estudios a nivel de Latinoamérica y el mundo describe en que existe una alta probabilidad de recaída a los tres y seis meses tratamiento. Siendo esto un porcentaje muy alto entre 60 y el 80%, pudiendo estar inmersos en tratamiento hospitalario o ambulatorios.

SUICIDIO

El suicidio es un problema global, reconocido por la Organización mundial de la salud (2021) como una situación alarmante, cada año mueren aproximadamente un millón de personas, así como la población de riesgo es aquellas que presentan patologías duales, siendo mayor la carga de mortalidad en aquellos países en vías de desarrollo, es un fenómeno de salud pública, que ha ido cobrando importancia en los últimos tiempos.

Por ende, esta problemática se ha venido tratando desde diferente arista, Campo L. (2019) plantea realizar una separación entre conducta y comportamiento suicida, estableciendo la importancia de observar el acto anterior a la conducta, planteando que se deja de lado las situaciones que inciden en el apareamiento de la ideación, planificación y acto suicida.

Cabe mencionar que el suicidio es un infortunio personal que arrebató la vida de manera prematura, que deja secuelas en los ámbitos, familiares, económicos y sociales; siendo los jóvenes la población propensa al suicidio, y los países en vía de desarrollo presentan las tasas más altas de este fenómeno, debido a que los suicidios surgen de manera impulsiva en situaciones de crisis, otros factores que influyen en que este acto se lleve a cabo es el fácil acceso a instrumentos para autolesionarse.

Por consiguiente, el suicidio es considerado como la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años. Los países de menor y mediana tasa de ingreso o los que están en vía de desarrollo ocupan el 77% de la tasa de suicidio a nivel mundial siendo la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con arma de fuego los métodos que se utilizan con más frecuencia (OMS, 2021).

Es así que se considera un problema importante en el sistema de salud pública a nivel mundial, sin embargo, los recursos asignados en su mayoría, no son los suficientes como para

establecer estrategias multisectoriales integrales de manera sostenida y sostenible.

Las patologías mentales como la depresión y todos los trastornos que estén asociados a la impulsividad, el consumo de alcohol u otras drogas tienen un vínculo muy cercano con el suicidio. Algunos o en su mayoría cometen de manera impulsiva o en un estado de crisis, existiendo dificultad para poder sostener las tensiones de la cotidianidad como las dificultades a nivel económico una ruptura de pareja o dolores de patologías crónicas pueden ser algunos factores que inciden en el apareamiento de ideación planificación e intento suicida (Beltran Guerra, 2020).

Desde el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) establece como prioridad en la salud pública el suicidio publicando un primer informe cuyo título es “Prevención del suicidio: un imperativo global” teniendo objetivo muy claro como el de incrementar la sensibilización sobre la importancia que tienen los intentos de suicidio para el sistema de salud público instando a las autoridades a que se incrementen y mejoren las políticas multisectoriales de prevención del suicidio.

El suicidio también está establecido dentro de un programa para reducir las brechas de atención en Salud Mental en los establecimientos de primer nivel en la guía MHGAP, los mismos que se aplica en Ecuador desde hace varios años (OMS, 2021).

En estudios prospectivos se pueden identificar el que el comportamiento suicida tiene ciertos factores de riesgo, como por ejemplo el intento previo, historia individual o familiar de también trastornos afectivos, así como el abuso de sustancias o el uso o abuso de alcohol, sentimientos de desesperanza como perdida o ruptura afectiva y presencia de ideación suicida (Campo, L., 2019).

No obstante, el suicidio puede ser prevenido con la coordinación de instituciones en el

ámbito público y privado, ya sean ministerios de salud u organizaciones, incluso los medios políticos ya que estos generan influencia en los medios de comunicación que los sujetos utilizan como fuente informativa, es así que estos órganos mencionados presentan una estrategia de prevención que va desde la evaluación y manejo de trastornos mentales, ejecutando un programa aplicable a nivel individual y grupal el ambulatorio básico e intensivo, el cual va desde la restricción de uso de sustancias que influyan o generen alteraciones conductuales, y promoviendo el acto de informar responsablemente por parte de los medios de comunicación sobre el tema del suicidio, por lo tanto para crear una influencia es importante tener una visión, planes de tratamiento y estrategias que generen un marco orientador específico mediante un esfuerzo sostenido, teniendo impacto en un cambio desde el conocimiento, apoyo público y estrategia social (Campo, L., 2019).

Riesgo de suicidio en las drogodependencias. -

Como se lo mencionó anteriormente, el suicidio es una respuesta a un evento de crisis, que puede determinar también el ambiente, teniendo como tasas de mortalidad por suicidio consumado mayor en género masculino e intentos suicidas en el género femenino (Campo, L., 2019).

Mientras tanto los sujetos adictos a sustancias presentan un riesgo de suicidio considerablemente más elevado que el registrado entre la población general. Aunque no se puede determinar con certeza que un paciente ejecute un comportamiento suicida, la valoración de este riesgo es obligatoria y constituye un elemento de gran interés clínico para instaurar medidas de prevención específicas, igual que su prevalencia en la población drogodependiente, incluso posterior de haber alcanzado la abstinencia parcial o total. El riesgo suicida disminuye considerablemente cuando el paciente alcanza un tratamiento equilibrado, atendiendo las

particularidades de la patología clínica de base. No obstante, otros factores como la comorbilidad con ciertos trastornos psiquiátricos o la problemática social y familiar asociada, favorecen que el riesgo se mantenga incluso después de su rehabilitación (Mayorga Aldaz, 2018; Campo, L., 2016; Agudelo Osorio et al., 2020).

Epidemiología del Suicidio en Latinoamérica y el mundo.

El suicidio es una conducta que no solo se observa en países de alto ingresos económicos, según la OMS (2021) también afecta a las demás regiones del mundo, siendo el 77% de los suicidios realizados en el año 2019 en países de ingresos medios y bajos.

A lo largo de los años las estadísticas han ido reduciéndose, en el 2019 la OMS afirmaba que eran más de 800.000 personas al año se suicidaban, actual afirma que “Cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo” (OMS, 2021).

El suicidio se observa en países de altos y bajos ingresos, siendo este un fenómeno global, afectando a cada región del mundo, identificando en estudios estadísticos que:

En la región de las Américas, se estima que aproximadamente 100.000 personas se quitan la vida anualmente. Los diez países de la región con el mayor número estimado de muertes por suicidio son: Estados Unidos (49.394), Brasil (13.467), México (6.537), Canadá (4.525), Argentina (4.030), Colombia (3.486), Chile (1.893), Cuba (1.596), Perú (1.567) y Bolivia (1.326) (DW Made for Mind, 2020).

Etiología del suicidio

La complejidad de la conducta suicida hace identificar que existe una interacción multidinámica, pero algo que coinciden varios estudios es que los factores asociados al riesgo suicida es la depresión, impulsividad (Agudelo Osorio et al., 2020; Oquendo, 2010 y Villalobos, 2009); estilos de afrontamiento inadecuados (Reyes Ruiz et al., 2019), vínculos familiares

disfuncionales donde predomine el maltrato, la carencia de afectos positivos, cohesión y armonía (Pugliese, 2019); así también en otras investigaciones de análisis multivariado indicó que el “abuso o dependencia al alcohol o sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad del grupo B son predictores independientes del suicidio y que la presencia de comportamientos impulsivos y agresivos constituye la base de estos factores de riesgo” (Téllez-Vargas, J., 2006), al igual que el estudio realizado por Mayorga Aldaz (2018) donde hace mención expresa a los factores que inciden al suicidio y su factor asociado agregando a las enfermedades somáticas, renales, hepáticas; al igual que los factores sociodemográficos y medioambientales, como los problemas interpersonales, rechazo, duelo, problemas económicos, migración, eventos estresantes a lo largo del ciclo de la vida, rechazo, conflictos familiares (p. 205).

Sin dejar de lado la Mayorga Aldaz (2018) afirma además que “Las personas con más posibilidades de suicidarse son aquellas que además de tener problemas de salud mental, consumen estupefacientes de manera habitual” (p. 207).

Los rasgos de personalidad no se dejan de lado, debido a que son un factor importante en la etiología del suicidio, existiendo mayor prevalencia en las personas con “un estado de ánimo inestable, la agresividad, la impulsividad y la alienación social son rasgos de personalidad de especial importancia que junto con otros trastornos de la personalidad como trastornos antisociales y limítrofes, pueden aumentar el riesgo de suicidarse” (Mayorga Aldaz, 2018)

La Neuropsicología del suicidio

A nivel neurológico el rasgo suicida está relacionado con la producción, disminución y alteración de sustancias químicas, una de estas sustancias están relacionadas con la serotonina, debido que este neurotransmisor controla las emociones y el estado de ánimo, al igual que el apetito, la temperatura corporal y la sensación de saciedad, por lo que al tener alteraciones el

sujeto presenta modificaciones a nivel funcional y conductual presentando desinhibición, agresividad, e impulsividad siendo más propenso al rasgo suicida (Barrera Mendoza y Patiño Barón, 2020), (Gutiérrez-García y Contreras, 2008).

También se debe mencionar que en el rasgo suicida se ven evidenciadas modificaciones relacionadas con neurotransmisores, hormonas, receptores neuroquímicos, alteraciones neuroanatómicas y neuromarcadores, esto genera una deficiencia en la coordinación de pensamientos al igual que a la recepción de estímulos, en el estado de vigilia y estrés las actividades neuronales aumentan alcanzando una intensidad máxima manteniendo al organismo en un estado de alerta, por otra parte cabe indicar que la función que ejercen los neurotransmisores siendo mensajeros químicos, cumpliendo la función de transportar, impulsar y equilibrar las señales entre las neuronas y células diana en la totalidad del cuerpo.

LA IMPULSIVIDAD

La impulsividad es definida por la Real Academia Española en el año 2001 como un deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita sin reflexionar. La internacional Societic For Research On Impulsivity define la impulsividad de diversas formas como una conducta sin un pensamiento adecuado previo donde existe una tendencia a una conducta con menos previsión en comparación a otros individuos. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2014) no hace referencia a alguna enfermedad que se denomine impulsividad, sino que se encuentra dentro de otras patologías como un síntoma siendo está el resultado de algún tipo de enfermedad psiquiátrica.

Por consiguiente, la impulsividad es una variable disposicional consistentemente vinculada a comportamientos dependientes, de tal manera se puede describir como una capacidad de

actuación inmediata e intensa, en situaciones que se presenta un riesgo de manera anticipatoria frente a estímulos adversos. Por otra parte, en el caso de conductas que conllevan una adicción se puede evidenciar que hay dimensiones claves manifestadas por un autocontrol disfuncional, la gratificación inmediata, la búsqueda constante de sensaciones y/toma de decisiones sin ningún tipo de precaución o razonamiento previo, como principales descriptores (Téllez-Vargas, et al., 2006).

Debido a esto el comportamiento impulsivo se propone como mecanismo mediador en las conductas de aproximación y consumo de las sustancias, dada su vinculación con la pérdida de control. Por extensión, la impulsividad disfuncional se considera un marcador de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos adictivos. Se puede indicar que no existe una definición conceptual específica para este término debido a que tiene un enfoque multidimensional el mismo que podría tratarse de un rasgo adaptativo y no en función del contexto, pero categorizando esta terminología se puede definir como una predisposición. Donde existe una reacción inmediata no planificada con un pobre autocontrol frente a situaciones internas o externas, es decir que la impulsividad tiende a que el sujeto realice acciones sin una concientización previa una valoración anticipada de la situación y las posibles consecuencias (De Sola Gutiérrez et al., 2013).

De La Rosa Ramos, F. V. (2019), indica que la impulsividad abarca implicaciones sociales en temas referentes a la violencia, conducta de riesgo y la adaptación social, al igual que desde el ámbito clínico es clave en trastornos psicológicos o psiquiátricos.

Así mismo, la impulsividad está relacionada con la falta de capacidad para tomar decisiones acertadas un razonamiento previo, al igual que se relaciona con las funciones ejecutivas, la asociación de neurotransmisores y sus sistemas,

Según lo antes expuesto el circuito neural más importante lo constituye el eje corticoestriatotálamo-cortical, en donde la dopamina como neurotransmisor tiene un papel crucial, esencialmente a través del circuito mesocórticolímbico o vía del refuerzo. Específicamente, las áreas del cerebro que están involucradas son del córtex prefrontal, especialmente las áreas ventromedial y orbitofrontal que se relacionan con la capacidad de planificación y juicio; el estriado ventral, concretamente el núcleo accumbens, clave en el sistema de refuerzo, y la amígdala, fuente de lo emocional y de las respuestas condicionadas (Pedrero Pérez, Eduardo J., 2009).

Por otra parte, en adicciones, se considera como una Impulsividad Disfuncional (ID), debido a que se relaciona con un consumo de sustancias de manera consecutiva, y la toma de decisiones que se hacen no son reflexivas, son rápidas y sin precisión, lo que genera consecuencias de manera negativa. En concreto, se ha comprobado que la impulsividad disfuncional se relaciona con rasgos como (ausencia de) Premeditación, (baja) Deliberación y (falta de) Reflexión (Pedrero Pérez, Eduardo J., 2009).

Por consiguiente, basándonos en la teoría de Barratt en el año 1997, que define la impulsividad como una predisposición donde se ejecutan acciones rápidas, donde no hay reflexión frente a situaciones que pudiesen estimular a una conducta donde no se piensa en las consecuencias que pudiesen ser negativas hacia sí mismo o los demás (De La Rosa Ramos, F. V., 2019).

La escala impulsividad de Barratt también denominada BIS-11 indican que la impulsividad tiene 3 rasgos específicos:

- Impulsividad cognitiva: Es la toma de decisiones sin un previo análisis.
- Impulsividad motora: Conlleva al comportamiento sin un razonamiento previo a la conducta,

dejándose llevar por el brío del momento.

- Impulsividad no planeada: Se hacen planificaciones con tendencia solo al presente y no al futuro.

Barratt y Patton (1995), opinan que las reacciones que son realizadas en ciertas situaciones por las personas impulsivas, se dan por que su reloj interno funciona más rápido que los no impulsivos, de esta manera relacionando de manera significativa con el nivel de arousal de la persona impulsiva (Vives, 2007, p. 39).

Etiología de la impulsividad. -

La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. Los individuos que intentaron suicidarse en forma impulsiva comparados con los que lo hicieron premeditadamente tienen menores expectativas de morir al momento de realizar el acto suicida y utilizan métodos más violentos que con frecuencia originan secuelas físicas severas. Por otra parte, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se relaciona con el riesgo suicida. Beck y Lester (1973), encontraron que un componente específico de la depresión, constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de suicidarse. Se formuló el concepto de desesperanza como un sistema de esquemas cognoscitivos que comparten el elemento común de expectativas negativas (Mayorga Aldáz E., 2018).

Neuropsicología de la impulsividad

La impulsividad está relacionada con la función de toma de decisiones, funciones ejecutivas, y se asocia con los neurotransmisores y sus sistemas, además, el circuito neuronal está constituido por el eje cortico-estriato-tálamo-cortical, siendo la dopamina un neurotransmisor que desempeña un papel importante a través del del circuito mesocórtico-

límbico o vía del refuerzo, también las áreas implicadas como el córtex prefrontal que está relacionada con la adaptación en el medio, resolución de problemas, toma de decisiones, inhibición de la conducta, la adaptación cognitiva, la conducta social y la motivación (De Sola, Rubio, & Rodríguez de Fonseca, 2013, p. 147).

Por otro lado, la dopamina forma parte del núcleo neuroquímico como base del comportamiento impulsivo, considerando a la serotonina un modulador ya que se genera una hipofunción serotoninérgica junto a una hiperfunción dopaminérgica en comportamientos de elevada impulsividad y agresión, debido a que estas sustancias trabajan en conjunto generando respuestas impulsivas (De Sola, Rubio, & Rodríguez de Fonseca, 2013, p. 147).

La corteza prefrontal tiene un papel importante en la regulación conductual y aplicación de las funciones ejecutivas, permitiendo la evitación de conducta no adaptativas, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, permitiendo poder ejecutar las actividades de la vida diaria, primordialmente las que incluyan acciones como planificación, decidir, buscar soluciones y autocontrol. (Méndez-Díaz, M., 2021, p86).

Es importante destacar que el consumo de sustancia mientras a menor edad inicia mayor afectación existe, debido a que la corteza prefrontal se sigue desarrollando desde la infancia hasta la adolescencia, existiendo un perfeccionamiento de las habilidades cognitivas esto significa que la materia gris del cerebro se reduce, existiendo una mayor mielinización, comunicación sináptica eficiente y cambio en los sistemas de neurotransmisión.

Del mismo modo Méndez Díaz et al. (2021) afirma que:

“Conductualmente implica el perfeccionamiento de las capacidades cognitivas mencionadas que nos permiten pasar de la respuesta impulsiva, que es la habilidad con la que nacemos, a la respuesta reflexiva para adaptar eficientemente el comportamiento a los cambios que pueden

producirse en el entorno. Esta es la capacidad ejecutiva observada en la mayoría de los adultos a principios de la segunda década de vida y la maduración cerebral alrededor de los 30 años (García-Molina et al., 2009 citado por Méndez Díaz, 2021, p88)”.

Lo cual significa que el desarrollo normal de un cerebro se realiza en un ambiente donde no haya interferencia de sustancias nocivas, y que su consumo va a afectar este perfeccionamiento de la autorregulación, inhibición, autocontrol; basándose en las afirmaciones anteriores se señala que la vulnerabilidad en niños y adolescente es mayor al de un adulto.

El uso de drogas a edades temprana provoca un mayor riesgo a desarrollar trastorno por consumo, debido a la alteración del desarrollo del sistema nervioso central y la falta de maduración de la corteza prefrontal por lo tanto es peligroso la exposición de drogas nocivas, alterando además la capacidad de toma de decisiones basada en las consecuencias (Méndez Díaz, 2021).

La impulsividad y la drogadicción

La impulsividad está relacionada con dos factores en el consumo de drogas, por un lado, está el uso de sustancias y por otro lado el craving, que se relaciona con la necesidad incontrolable de consumo y el sentimiento de gratificación inmediata, teniendo como una respuesta la baja tolerancia a la frustración dificultando la capacidad de controlar impulsos.

En algunos estudios afirman que uno el consumo de cannabis provoca un incremento significativo en la impulsividad, encontrando que el 22,5% de jóvenes consumidores de marihuana son buscadores de emociones y aventuras, puntuando más alto que las mujeres, todo esto en relación a no consumidores. Además, “aparece un incremento de la impulsividad disfuncional y de la susceptibilidad al aburrimiento asociada al consumo en las mujeres” (Pérez de Albéniz- Garrote et al., 2019)”.

En cambio, Santana Campas et al. (2020) menciona que la impulsividad es además un rasgo que no solo se asocia al consumo de drogas, sino a la personalidad cuando hay déficit en el control de impulsos, siendo reactivos ante estímulos externos que pueden ser hostiles o agresivos.

Bajo esta misma línea se cita los resultados del estudio de Santana Campas et al (2020) a privados de libertad cuyo delito de mayor prevalencia es el robo (40.6 %) y el homicidio (31.4 %), donde se reporta que el 68% de los privados de libertad al ser detenidos ya tenían una historia de consumo dependiente, además de antecedentes de violencia, la relación directa se observa en sus resultados, lo mismo ocurre con las variables de inhibición conductual que es baja en el 82,90%, planificación baja en el 82,30% y concentración baja 88,60% de los participantes. Por consiguiente, la impulsividad tiene una relación causal con el consumo de sustancias, debido a que esta patología mental tiene características ligadas a las variables en estudio (Méndez-Díaz, M., 2021, p83-84)

En resumen, según los diversos temas mencionados se puede encontrar una correlación entre las variables como el suicidio y la impulsividad en pacientes drogodependientes, debido a que hay factores biológicos, neurológicos y psicológicos. (De Sola, Rubio, & Rodríguez de Fonseca, 2013, p. 147).

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio se lleva a cabo con usuarios diagnosticados por trastornos por consumo de sustancias que fueron atendidos de forma secuencial desde enero del 2022 hasta junio del 2022 en el departamento de Salud Mental. Este dispositivo forma parte de la cartera de servicio de la atención pública en la Parroquia Febres Cordero, aquella que cuenta con una población de aproximadamente 405.013 habitantes.

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, según el alcance es correlacional, porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre las variables de consumo de sustancias, impulsividad y riesgo suicida.

Según su estrategia al no manipular las variables se considera un estudio no experimental, en relación a la secuencia temporal del estudio y el corte de recogida de datos en un solo tiempo o transversal, el mismo que tendrá un impacto local y probablemente nacional porque busca determinar la relación existente entre consumo de sustancias, el riesgo suicida e impulsividad en usuarios que asisten a tratamientos ambulatorios.

3.2 La población y la muestra

3.2.1 Características de la población

La población a la que pertenece la muestra de la investigación está constituida por un número total de 405.013 habitantes de ambos sexos de la Parroquia Febres ubicado al suroeste de la ciudad de Guayaquil en la Provincia del Guayas, de las cuales son 245.292 habitantes de ambos sexos de 18 años a 65 años pertenecientes al sector descrito.

La población de estudio son pacientes con consumo problemático de drogas psicoactivas que se encuentren en algún tipo de tratamiento psicológico ambulatorio.

En la parroquia Febres Cordero, existen centros de Salud del Ministerio de Salud Pública que brindan atenciones de forma ambulatoria a personas con trastornos por consumo de sustancias, considerando que en el tiempo de enero a junio del 2022 se contabiliza el ingreso a este servicio de 180 participantes de entre 18 años a 65 años de edad de ambos sexos.

3.2.2 Delimitación de la población

La población que va a ser objeto de estudio son 177 usuarios que acceden al servicio de tratamiento ambulatorio desde enero hasta junio del 2021, en las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública, delimitada en la Parroquia Febres Cordero que oscilan entre los 18 a 65 años de edad de ambos sexos.

3.2.3 Tipo de muestra

El tipo de muestra de la investigación es no probabilístico con criterios de inclusión y exclusión, porque el investigador selecciona a los individuos por las causas del problema para el estudio, con un muestreo intencional a criterio, porque se selecciona para su estudio aquellos casos que se ajustan a características de inclusión y exclusión. La misma que me permite mediante la formula establecida en investigación de carácter finito extraer la muestra con un margen de error de 5% y confiabilidad de 95%.

3.2.4 Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por 121 pacientes ambulatorios del establecimiento antes mencionado:

n = tamaño de la muestra

N = 177 personas en tratamiento ambulatorio

Z = 0.95 nivel de confianza.

S^2 = 1.96 (5% de margen de error)

d = 0.05 nivel de precisión absoluta.

$$n = \frac{N * Z^2 * S^2}{d^2 * (N-1) + Z^2 * S^2}$$

n: 121

Resultado: 121 usuarios de muestra.

3.2.5 Proceso de selección de la muestra

Tamaño de la muestra es arbitrario, no probabilística por voluntariado, basado en criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión:

- Edad cronológica de 18 a 65 años de edad
- Pacientes en tratamiento ambulatorio por adicción a sustancias psicoactivas.
- Haber firmado el consentimiento informado.
- Vivir en la parroquia Febres Cordero de la Ciudad de Guayaquil.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con retardo mental o deterioro cognitivo grave.
- Pacientes menores de 18 años o mayores a 65 años de edad.
- Pacientes con patologías duales que requieran tratamiento psiquiátrico
- Pacientes que vivan en otras parroquias.
- Pacientes en tratamiento residencial.

3.2.6 Procedimiento. -

El proceso de aplicación de los instrumentos del estudio realizado ha sido cuidadosamente realizado a cada participante de forma voluntaria, iniciando con la convocatoria vía telefónica, posterior se realiza una breve introducción del objetivo del estudio y se procede a la firma del consentimiento informado donde autorizan su participación; la recogida de datos a través del

registro sociodemográfico es la primera acción a realizar donde se determinan aspectos básicos y se confirma su edad que le permite ser objeto del estudio, como primer instrumento se aplica una escala autoadministrada, escala de riesgo suicida de Plutchik y segundo cuestionario es la Escala de impulsividad de Barratt.

La participación de los sujetos de estudio se da apegándose al manejo de información que nos autoriza la institución, donde los instrumentos tienen la consigna de ser confidenciales y solo de uso estadístico en la investigación y ser totalmente anónimos. Esto se realiza en el Centro de Salud Tipo C El Cisne II, en el consultorio de salud mental, realizándolo de forma individual y grupal, en horarios de la mañana y tarde.

3.3 Métodos y técnicas

El método que se ha elegido para este estudio ha sido el hipotético deductivo, dado que a través de la recolección, procesamiento y análisis de los resultados se podrá corroborar o no las hipótesis de la investigación.

La selección de variables se realiza de manera cuidadosa buscando responder a las hipótesis y preguntas planteadas; para la presente investigación se utilizó a) ficha sociodemográfica, b) Escala de riesgo suicida de Plutchik, c) Escala de impulsividad de Barratt.

3.3.1 Ficha sociodemográfica

La ficha es el extracto de la información que cada usuario tiene en su historial clínico dentro de su esquema de tratamiento, como es la edad, sexo, cantidad y tipos de drogas usadas, el tiempo de consumo, estado civil, escolaridad, seguro médico, percepción del nivel socioeconómico y antecedentes familiares, el mismo que se puede observar la estructura en el anexo N.1., siendo información utilizada solo para fines estadísticos sin usar información sensible del participante.

3.3.2 Escala de riesgo suicida de Plutchik

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica (Plutchik R., 1989)

Las puntuaciones propuestas son de un corte de 6, para determinar la presencia de riesgo al suicidio, puntuación menor es indicativo bajo o nulo de riesgo a una conducta suicida.

Dentro del análisis de fiabilidad ha demostrado en estudios que alcanza una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.82, obteniendo una consistencia interna de 0.90 y de retest de 0.90, con una población de 481 personas (Suárez-Colorado et al, 2019).

3.3.3 Escala de impulsividad de Barratt

Descripción:

Escala con 30 ítems cada uno con 4 opciones de respuesta tipo Likert, la cual fue autoaplicada con un promedio de duración de 15 minutos para cada sujeto. La escala de Barratt mide impulsividad no planificada, cognitiva y motora. El puntaje de corte propuesto es de 74 para la población en general, pero a mayor puntaje se incrementa la impulsividad total e individual de cada categoría.

Dentro de análisis de fiabilidad ha mostrado 0.75 (Urrego, Valencia y Villalba, 2017), 0,84 y 0,71 en otros estudios en poblaciones penitenciarias y población general (Chahín-Pinzón, Nicolás, 2015). En el análisis de fiabilidad para esta investigación se realizó el procediendo de consistencia interna de los factores que forman el MMSE mediante un coeficiente de alfa de Cronbach (α).

3.4 Propuesta de procesamiento estadístico de la información

El proceso de estructuración de los datos recolectados se manejaron en el sistema estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26.0 (IBM, 2020) para el análisis de los datos. Las realizaciones de los análisis estadísticos dan la comprobación o no de los objetivos de estudio.

La base de datos obtenida fue analizada mediante el análisis de frecuencia, estadísticos descriptivos y correlacional. Para la presentación de los datos numéricos se elaboró tablas estadísticas de doble entrada y gráfico de barras.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de datos obtenidos

Para la presente investigación se presentan los resultados acordes a la siguiente estructura:

1. Análisis de las características sociodemográficas de la muestra
2. Análisis descriptivo de la impulsividad
3. Análisis descriptivo del riesgo suicida
4. Análisis de correlación de variables.

4.2 1. Análisis de las características sociodemográficas de la muestra

Tabla 1

Análisis estadístico de los variables personales: Edad

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-26 años	73	60,3	60,3	60,3
	27-59 años	48	39,7	39,7	100,0
	60 años y más	0	0	0	0
	Total	121	100,0	100,0	

En la tabla 1 se puede observar que la población con mayor participación ha sido la de 18 a 26 años compuesta por el 60,3% de la muestra, seguido de la categoría de 27 a 59 años con un 39,7%, no se obtienen participantes mayores a 60 años.

Gráfico 1

Análisis estadístico de los variables personales: Edad

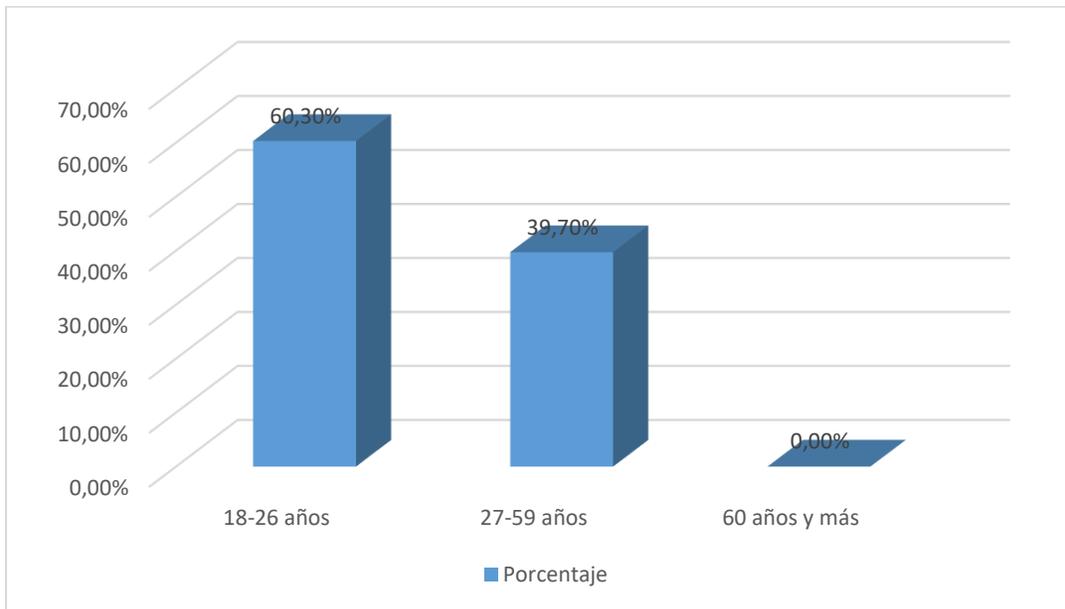


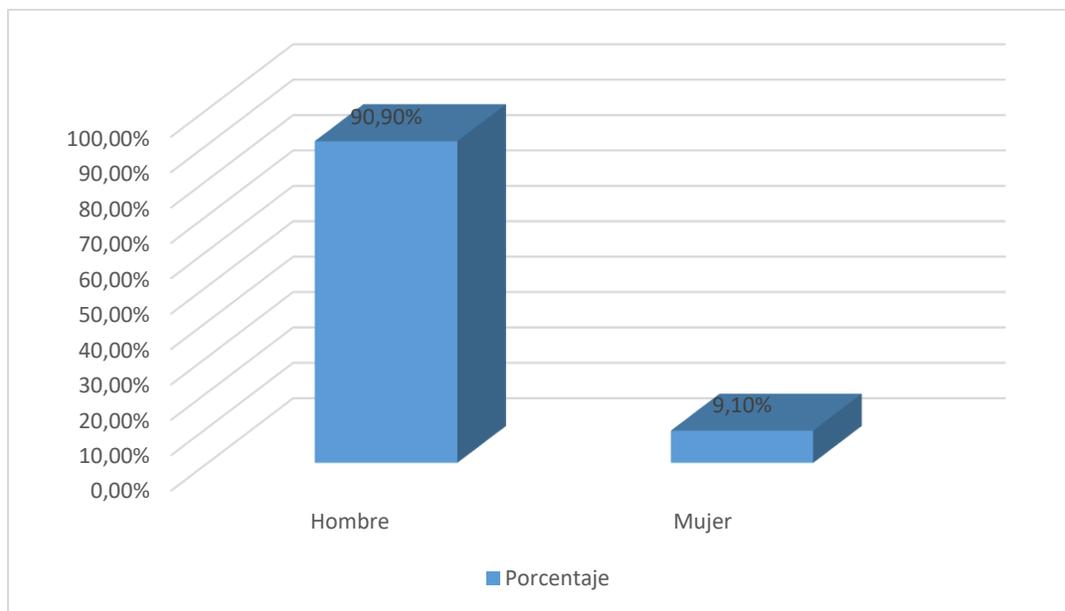
Tabla 2

Análisis estadístico de los variables personales: Sexo

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	110	90,9	90,9	90,9
	Mujer	11	9,1	9,1	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 2

Análisis estadístico de los variables personales: Edad



En la tabla 2 y gráfico 2 se observa que el 90,9% de los participantes son hombres y el 9,1% son mujeres.

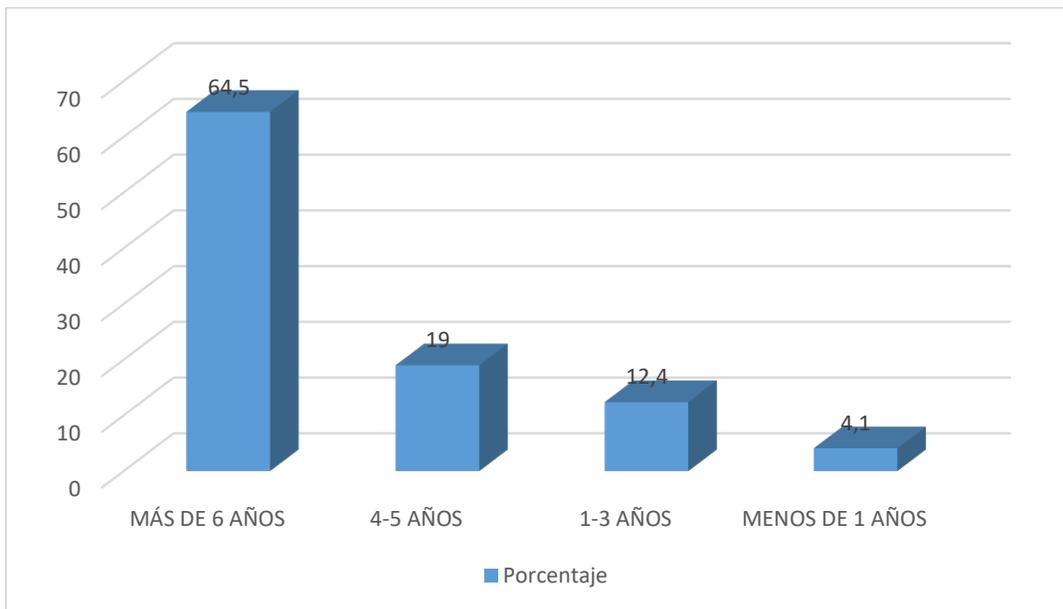
Tabla 3

Análisis estadístico de las variables años en consumo problemático

Años en consumo problemático					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 años	5	4,1	4,1	4,1
	1-3 años	15	12,4	12,4	16,5
	4-5 años	23	19,0	19,0	35,5
	Más de 6 años	78	64,5	64,5	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 3

Análisis estadístico de las variables años en consumo problemático



Se observa en el gráfico 3 que en los sujetos de estudio predomina en un 64,5% el consumo es mayor a 6 años, el 19% su consumo es de 4 a 5 años, seguido de 12,4% de entre 1 y 3 años y sólo el 4,1% ha consumido sustancias en un tiempo menor a un año, con esto se

responde al objetivo de identificar las características del consumo de sustancias de los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio.

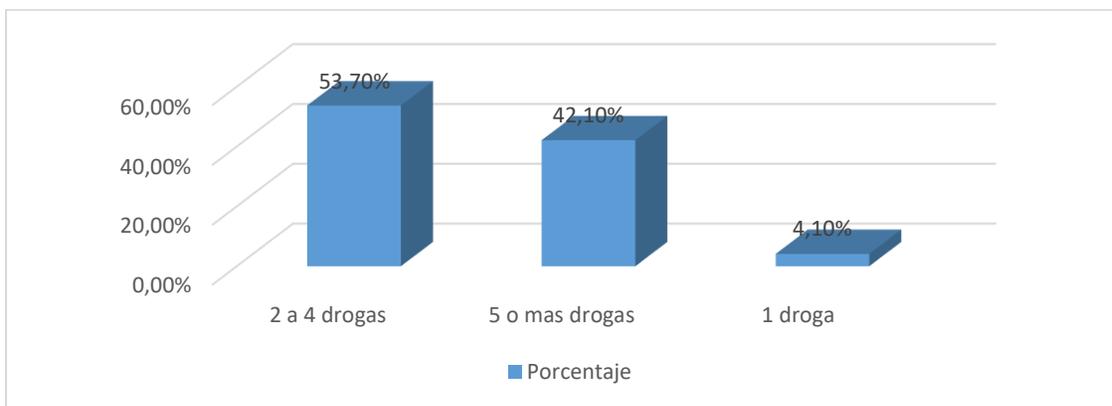
Tabla 4

Análisis estadístico de la cantidad de tipo de drogas consumidas. uso no médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 droga	5	4,1	4,1	4,1
	2 a 4 drogas	65	53,7	53,7	57,9
	5 o más drogas	51	42,1	42,1	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 4

Análisis estadístico de la cantidad de tipo de drogas consumidas. uso no médico



En la tabla 4 y gráfico 4 se observa que predomina el consumo de múltiples drogas de entre 2 a 4 sustancias en el 53,70% de los sujetos en estudio, seguido del 42,10% consume más de 5 drogas y solo el 4,10% de la muestra consume solo un tipo de droga, con esto se responde al objetivo de identificar las características del consumo de sustancias de los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio.

4.3 Análisis descriptivo de las variables

4.3.1 Análisis descriptivo de la variable riesgo suicida

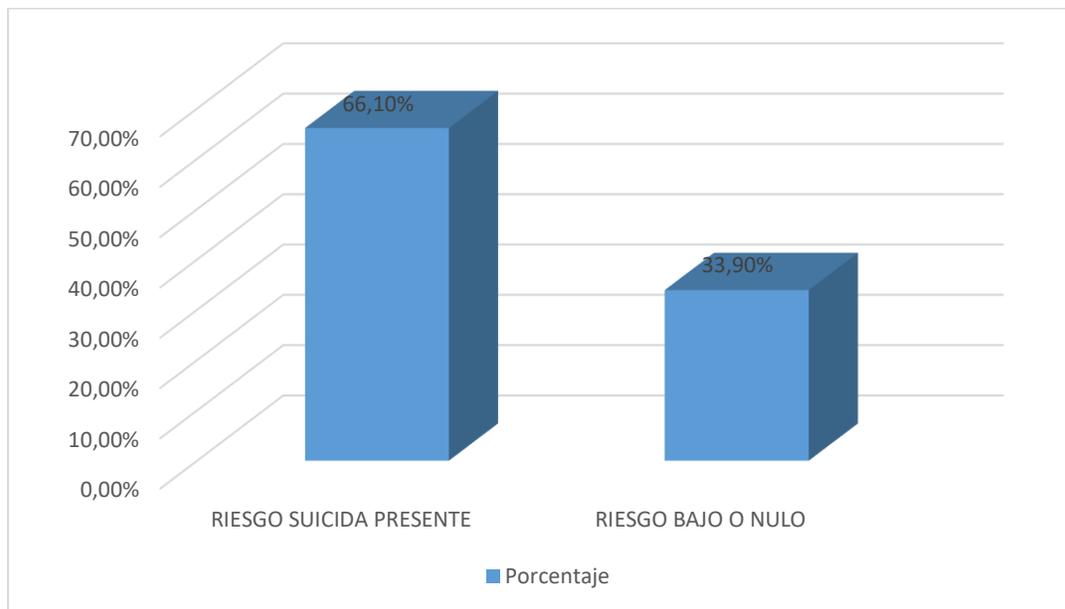
Tabla 5

Análisis descriptivo de variable riesgo suicida

		Riesgo suicida			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Riesgo bajo o nulo	41	33,9	33,9	33,9
	Riesgo suicida presente	80	66,1	66,1	66,1
Total		121	100,0	100,0	

Gráfico 5

Análisis descriptivo de variable riesgo suicida



En la tabla 5 y gráfico 5 se evidencia que la población estudiada predomina el riesgo suicida en el 66,10% de los participantes, mientras que solo el 33,90% muestra un riesgo bajo o nulo frente al suicidio, con esto se responde a la pregunta de investigación y se identifica que, si existe presencia de riesgo suicida en los usuarios del tratamiento por trastorno por consumo de

sustancias, y que cuya característica principal de la población es que está presente el riesgo suicida.

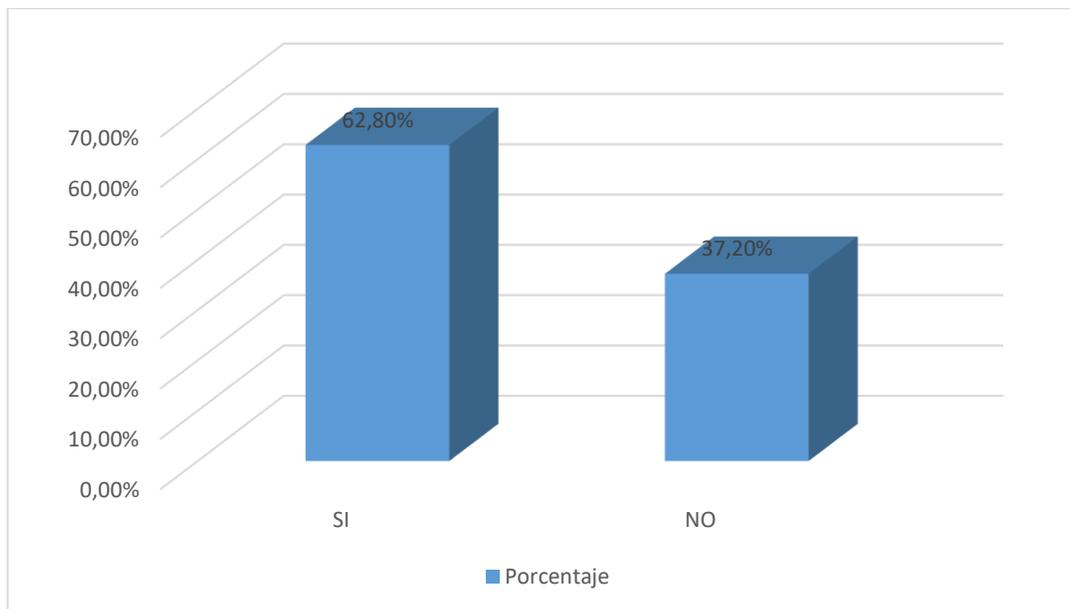
Tabla 6

¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	45	37,2	37,2	37,2
	SI	76	62,8	62,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 6

¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?



En la tabla 6 y gráfico 6 se observa que en la población estudiada existe un predominio del pensamiento suicida en un 62,8% de los participantes, mientras que solo el 37,2% no ha pensado nunca en suicidarse.

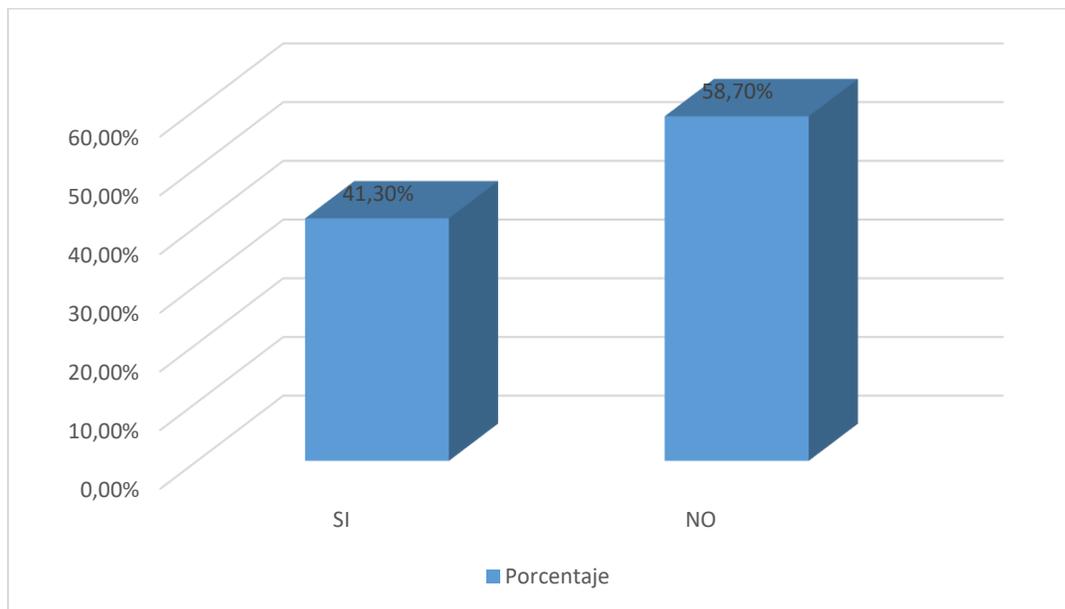
Tabla 7

¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	71	58,7	58,7	58,7
	SI	50	41,3	41,3	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 7

¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?



En la tabla 7 y gráfico 7 se observa que el intento suicida es menor que el pensamiento, siendo en un 41,3%; el 58,7% restante, menciona que nunca ha intentado quitarse la vida.

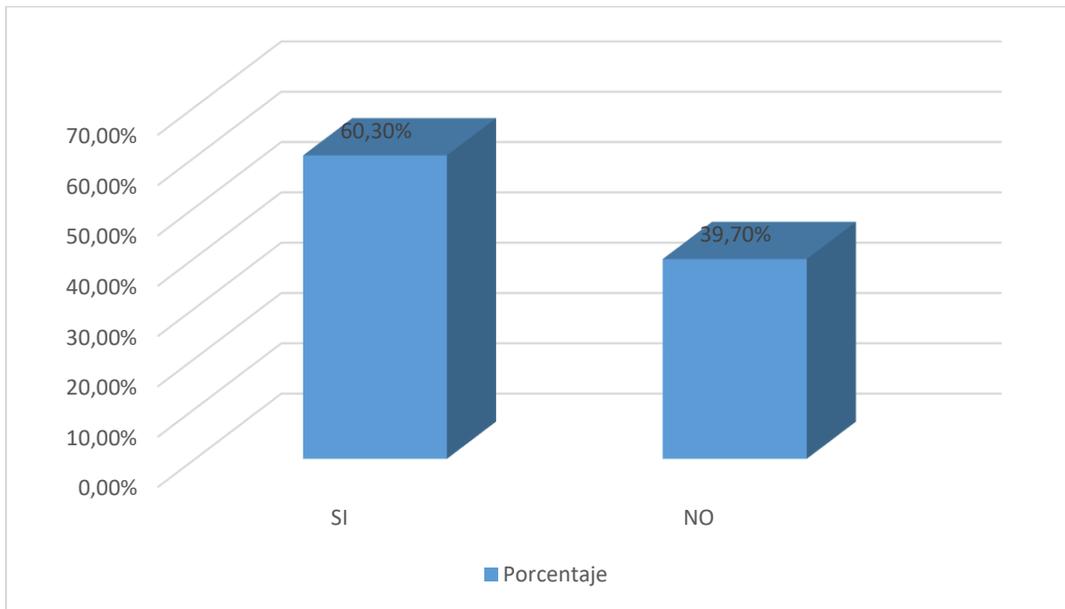
Tabla 8

¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	48	39,7	39,7	39,7
	SI	73	60,3	60,3	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 8

¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?



En la tabla 8 y gráfico 8 se observa que el 60,3% de la muestra puntúa indicador de percepción de poco control sobre si mismo, un indicador importante que se puede correlacionar con el riesgo suicida y la capacidad de autorregulación y desesperanza.

4.3.2 Análisis descriptivo de la variable Impulsividad

Tabla 9

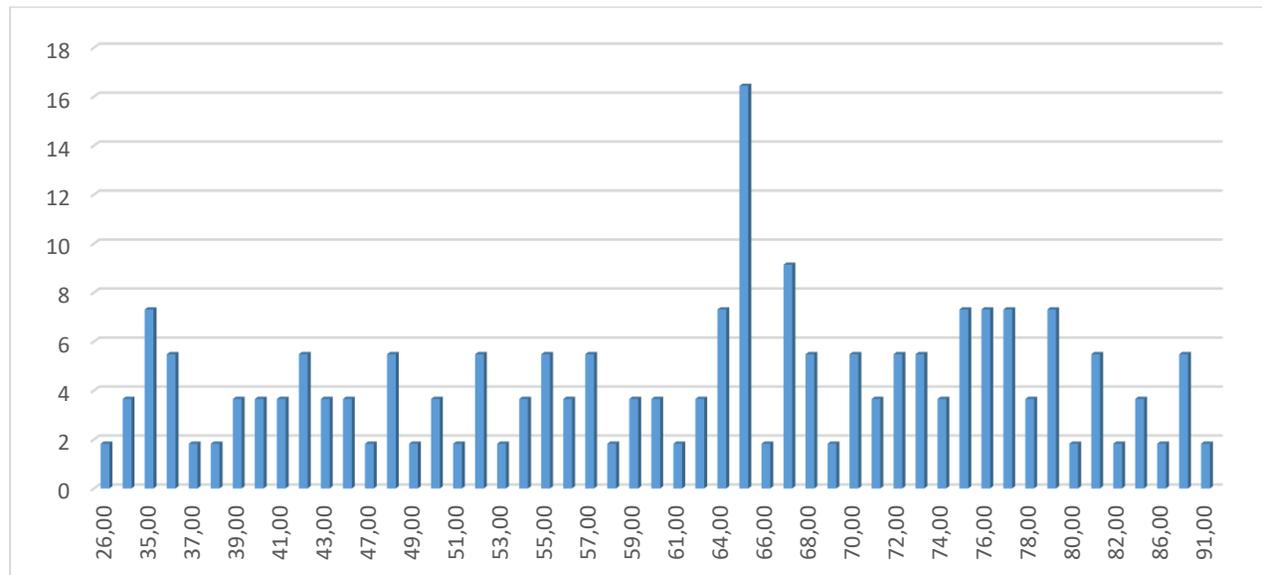
Análisis de frecuencia de la variable impulsividad total

IMPULSIVIDAD TOTAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	26,00	1	0,8	0,8	0,8
	32,00	2	1,7	1,7	2,5
	35,00	4	3,3	3,3	5,8
	36,00	3	2,5	2,5	8,3
	37,00	1	0,8	0,8	9,1
	38,00	1	0,8	0,8	9,9
	39,00	2	1,7	1,7	11,6
	40,00	2	1,7	1,7	13,2
	41,00	2	1,7	1,7	14,9
	42,00	3	2,5	2,5	17,4
	43,00	2	1,7	1,7	19,0
	45,00	2	1,7	1,7	20,7
	47,00	1	0,8	0,8	21,5
	48,00	3	2,5	2,5	24,0
	49,00	1	0,8	0,8	24,8
	50,00	2	1,7	1,7	26,4
	51,00	1	0,8	0,8	27,3
	52,00	3	2,5	2,5	29,8
	53,00	1	0,8	0,8	30,6
	54,00	2	1,7	1,7	32,2
	55,00	3	2,5	2,5	34,7
	56,00	2	1,7	1,7	36,4
	57,00	3	2,5	2,5	38,8
	58,00	1	0,8	0,8	39,7
	59,00	2	1,7	1,7	41,3
	60,00	2	1,7	1,7	43,0
	61,00	1	0,8	0,8	43,8
	62,00	2	1,7	1,7	45,5
	64,00	4	3,3	3,3	48,8
	65,00	9	7,4	7,4	56,2
	66,00	1	0,8	0,8	57,0
	67,00	5	4,1	4,1	61,2
	68,00	3	2,5	2,5	63,6
	69,00	1	0,8	0,8	64,5

70,00	3	2,5	2,5	66,9
71,00	2	1,7	1,7	68,6
72,00	3	2,5	2,5	71,1
73,00	3	2,5	2,5	73,6
74,00	2	1,7	1,7	75,2
75,00	4	3,3	3,3	78,5
76,00	4	3,3	3,3	81,8
77,00	4	3,3	3,3	85,1
78,00	2	1,7	1,7	86,8
79,00	4	3,3	3,3	90,1
80,00	1	0,8	0,8	90,9
81,00	3	2,5	2,5	93,4
82,00	1	0,8	0,8	94,2
84,00	2	1,7	1,7	95,9
86,00	1	0,8	0,8	96,7
88,00	3	2,5	2,5	99,2
91,00	1	0,8	0,8	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Gráfico 9

Análisis de frecuencia de la variable impulsividad total



En la tabla 9 y gráfico 9 se hace un recuento por frecuencia de los valores totales puntuados en cada usuario que participa en la investigación, lo que permitirá obtener una media, y las escalas de percentiles en las siguientes tablas.

Tabla 10***Análisis descriptivo de la variable impulsividad cognitiva***

Impulsividad Cognitiva					
		Categoría	Puntajes	Frecuencias	Porcentaje
Percentiles	25	Baja	15,0000	37	30,58
	50	Media	17,0000	28	23,14
	75	Alta	21,0000	56	46,28
Total				N 121	100%

En la tabla 10 se observan las escalas percentilares estructurados por el análisis de frecuencia de las puntuaciones del instrumento, se obtiene que el 46,28% de la muestra estudiada presenta una impulsividad cognitiva de categoría alta, siendo esta puntuación significativa para la investigación, expresando aquí que la población estudiada predomina la impulsividad cognitiva siendo esta la aceleración del pensamiento, usualmente irracional; el 23,14% impulsividad media y el 30,58% su grado de impulsividad es baja.

Tabla 11***Análisis descriptivo de la variable impulsividad motora***

Impulsividad Motora					
		Categoría	Puntajes	Frecuencias	Porcentaje
Percentiles	25	Baja	14,0000	31	25,62
	50	Media	21,0000	31	25,62
	75	Alta	25,5000	59	48,76
Total				N 121	100%

En la tabla 11 se observa una estructura de percentiles realizadas a través del análisis de frecuencia y las puntuaciones medias, obteniendo en este instrumento que el 48,76% de la muestra estudiada presenta una impulsividad motora de categoría alta, en el análisis de frecuencia esto representa a 59 usuarios; el 25,62% tiene una impulsividad media y de igual manera el 25,62% es baja. Siendo esta la impulsividad predominante, pero de variabilidad poco significativa en relación a las otras variables.

Tabla 12*Análisis descriptivo de la variable impulsividad no planificada*

Impulsividad No Planificada					
		Categoría	Puntajes	Frecuencias	Porcentaje
Percentiles	25	Baja	19,0000	32	26,45
	50	Media	24,0000	32	26,45
	75	Alta	29,0000	57	47,10
Total				N 121	100%

En la tabla 12 se observa que el 47,10% de la muestra estudiada presenta una impulsividad cognitiva de percentil alta, el 26,45% tiene una impulsividad media y de igual manera el 26,45% es baja.

Tabla 13*Análisis descriptivo de la variable impulsividad total*

Impulsividad Total					
		Categoría	Puntajes	Frecuencias	Porcentaje
Percentiles	25	Baja	49,5000	30	24,79
	50	Media	65,0000	38	31,40
	75	Alta	74,5000	53	43,80
Total				N 121	100%

En la tabla 15 se observa y se hace un análisis total de la impulsividad en sus tres categorías agrupadas en una sola variable, donde se hace énfasis de que los participantes en un 43,80% muestran un grado alto de impulsividad, mientras que el 31,40% su grado de impulsividad es medio y sólo el 24,79% es bajo, un número poco significativo en relación a las otras dos categorías de percentiles descritas.

Comparando los resultados de la tabla N10, N11 y N12, se responde a la pregunta de investigación de la prevalencia de la impulsividad en los usuarios en tratamiento ambulatorio.

Tabla 14*Análisis de correlación entre variables categóricas de impulsividad y puntuación total*

	IMPULSIVIDAD TOTAL	
Impulsividad motora	Correlación de Pearson	,804**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	121
Impulsividad no planificada	Correlación de Pearson	,795**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	121
Impulsividad cognitiva	Correlación de Pearson	,788**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	121

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 14 se identifica las características de la impulsividad y su subcategorías, siendo la impulsividad motora la que correlaciona significativa con mayor puntaje de correlación siendo el 0,804 puntos.

4.4 Análisis de correlación de variables

Tabla 15

Análisis de correlación entre variable riesgo suicida, años de consumo, situación económica, familiares en consumo de drogas y cantidad de tipos de drogas.

		Riesgo suicida	Años en consumo problemático	Cantidad de tipo de drogas consumido
Riesgo suicida	Correlación de Pearson	1	,065	,168
	Sig. (bilateral)		,481	,066
Años en consumo problemático	Correlación de Pearson	,065	1	,321**
	Sig. (bilateral)	,481		,000
Cantidad de tipo de drogas consumido. uso no médico	Correlación de Pearson	,168	,321**	1
	Sig. (bilateral)	,066	,000	

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 14 se hace un análisis correlacional bivariado donde se observa que existe una correlación positiva entre los años de consumo y el número de drogas usadas a más años en consumo, incrementa también el número de sustancias usadas.

Se identifica además que no existe una correlación entre el riesgo suicida y los años de consumo o el número de drogas usadas.

Por lo tanto, la población presenta una alteración poco significativa de riesgo suicida a causa del consumo de sustancias.

Tabla 15***Análisis correlacional entre impulsividad, pensamiento e intento suicida.***

		15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	Impulsividad total
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	Correlación de Pearson	1	,424**
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	Correlación de Pearson	,576**	,604**
Impulsividad total	Correlación de Pearson	,424**	1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El pensamiento es una estructura importante en el proceso de rehabilitación de un consumidor de sustancias, evidenciando en la tabla 15 que existe una correlación positiva entre el intento suicida y la impulsividad total con una correlación significativa de Pearson de 0,424, además de que el pensamiento suicida tiene una correlación positiva de Pearson de 0,604 en relación a la impulsividad total y de 0,576 en relación al intento suicida.

Tabla 16***Correlación entre variable impulsividad total y riesgo suicida***

Correlaciones impulsividad total y riesgo suicida			
		Impulsividad Total	Riesgo Suicida
Impulsividad Total	Correlación de Pearson	1	,823**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	121	121
Riesgo Suicida	Correlación de Pearson	,823**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	121	121

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 16 se identifica indiscutiblemente la existencia significativa de la correlación de Pearson en un 0,823 entre las variables de impulsividad total y riesgo suicida, respondiendo a uno de los objetivos de esta investigación que es establecer la relación entre el consumo de sustancias y riesgo suicida e impulsividad en los usuarios que acuden a tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud El Cisne II, lo que concuerda con los estudios de Agudelo Osorio et al., (2020); Oquendo, (2010) y Villalobos, (2009), donde identifica que la complejidad del suicidio tiene una interacción multidinámica y que entre sus factores asociados se encuentra la impulsividad; al igual que los estudios de Téllez-Vargas, J., (2006) don indican que un predictor del suicidio es el consumo de sustancias y la impulsividad.

Tabla 17

Análisis correlacional de Impulsividad, años en consumo de drogas y cantidad de drogas consumidas.

		Años en consumo problemático	Número de drogas consumidas. uso no médico
Impulsividad total	Correlación de Pearson	,140	,265**
	Sig. (bilateral)	,126	,003
Impulsividad motora	Correlación de Pearson	,031	,114
	Sig. (bilateral)	,736	,211
Impulsividad no planificada	Correlación de Pearson	,228*	,276**
	Sig. (bilateral)	,012	,002
Impulsividad cognitiva	Correlación de Pearson	,066	,269**
	Sig. (bilateral)	,472	,003

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 17 se identifica la correlación positiva ente la impulsividad total y el número de tipos de drogas consumidas por el usuario, evidenciándose que, mientras incrementa el número de drogas consumidas, mayor va a ser el grado de impulsividad expresados en el sujeto y que dentro de las subcategoría se identifica a la impulsividad no planificada y cognitiva. Con un puntaje de correlación de Pearson de 0,276 y 0,269 sucesivamente; esto se lo expresa como hallazgo relevante de la investigación, mediante el cual se confirma una de las hipótesis propuestas que la impulsividad se relaciona directamente con el consumo de sustancias de los adultos en tratamiento ambulatorio; el mismo que concuerda con los estudios de Santana Campas et al. (2020) donde menciona que estudios realizados afirman que el riesgo al consumo de sustancias o adicciones incrementa cuando existe un reducido sistema de inhibición conductual (BIS) y un incremento del sistema de activación conductual (BAS), siendo este último quien provoca la impulsividad en los sujetos, al igual que el estudio realizado por Téllez-Vargas, J., (2006) donde afirma que el abuso de sustancia es un predictor de la impulsividad y agresividad.

Tabla 18

Análisis de correlación de la variable impulsividad y riesgo suicida

		Riesgo suicida
Impulsividad total	Correlación de Pearson	,823**
	Sig. (bilateral)	,000
Impulsividad motora	Correlación de Pearson	,723**
	Sig. (bilateral)	,000
Impulsividad no planificada	Correlación de Pearson	,596**
	Sig. (bilateral)	,000
Impulsividad cognitiva	Correlación de Pearson	,636**
	Sig. (bilateral)	,000
Riesgo suicida	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 18 se observa que las subcategorías de impulsividad se correlacionan positivamente con el riesgo suicida, destacando la impulsividad motora, comprobando la hipótesis establecida en la investigación que el riesgo suicida se relacionan positivamente con la impulsividad de los adultos consumidores de sustancias en tratamiento ambulatorio.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. La población estudiada en mayor proporción son hombres en un 90,9%; el rango de edad es de 18 a 26 años en un 60,3% y de 27 a 59 años en un 39,7%, no hay personas mayores de 60 años.
2. El consumo de sustancias es de 2 a 4 drogas en un 53,7% y más de 5 drogas en un 42,1%; esto evidencia cronicidad del consumo; la edad prevalente es de más de 6 años en un 64,5% de la población estudiada.
3. El riesgo a suicidio está presente en el 66,1% de los participantes, el pensamiento suicida se encuentra en el 62,8% pero el intento no letal solo se concretó en el 41,3% de los usuarios participantes.
4. La impulsividad en la población consumidora de sustancias es de categoría media en el 31,40% de la población y de categoría alta en el 43,80% de los participantes;
5. Existe una correlación positiva entre la impulsividad motora, no planificada y cognitiva con la impulsividad total; igual que los años de consumo y el número de tipos de sustancias consumidas.
6. Existe una correlación positiva entre el intento no letal del suicidio y la impulsividad general; esto se adiciona la correlación positiva existente entre el pensamiento suicida, el intento y la impulsividad de igual manera.
7. Existe una correlación de Pearson positiva de 0,823 entre el riesgo suicida y la impulsividad, así mismo como la impulsividad y el número de drogas consumidas por los participantes.

5.2 Recomendaciones

1. En cuanto a la población de estudio se recomienda tener una muestra más homogénea en relación al género ya que este estudio existió mayor participación de hombres.
2. En futuras investigaciones se debería estudiar la relación de la impulsividad y el riesgo suicida según el tipo de sustancia consumidas, tomando en cuenta que la población estudiada es policonsumidora.
3. En futuros estudios se recomienda incorporar un análisis de personalidad a la población y correlacionar entre rasgos y la prevalencia de la impulsividad.
4. En esta investigación se evidencia que la población consumidora de sustancias, aunque se encuentra insertado en tratamiento ambulatorio, la impulsividad y el riesgo suicida se mantiene por lo cual se debe considerar reestructurar planes de tratamientos ligados a atender esta dificultad encontrada que podría interferir en el proceso de rehabilitación y en el mantenimiento de los cambios positivos del sujeto.

REFERENCIA

- Agudelo Osorio, María Paula, & Núñez, César, & Grisales Aguirre, Andrés Mauricio, & Gómez Tabares, Anyerson Stiths (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(54),147-163ISSN: 1135-3848.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459664448014>
- Amador Rivera, G. H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
- American Psychiatric Association, (2014) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
- Beltrán Guerra, L. F. (2020). *Relación entre ansiedad, impulsividad, depresión, ideación e intento suicida con el consumo de drogas ilícitas en estudiantes de bachillerato. Estudio comparativo entre estudiantes de Veracruz y Tamaulipas*. *UVserva*, (10), 197–214.
<https://doi.org/10.25009/uvs.v0i10.2707>
- Bondía Soler, Belén , & Forcada Chapa, Rafael , & Pardo Pavía, Noelia (2006). *Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo*. *Adicciones*, 18(2),111-117. ISSN: 0214-4840. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122153003>
- Bustamante, S. C. A., Casallas, O. L. V., & Villalba, J. (2017). Validación de la escala barrat de impulsividad (bis-11) en población bogotana. *Diversitas*, 13(2), 143-157.
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00143.pdf>

Calderón Guijarro, K. B., Jiménez Quinteros, J. J., Mendoza Peña, A. P., & Pavón Sntaxi, E. C. (2021). *¿Cuál es la relación entre impulsividad y adicción a sustancias psicoactivas?*

Disponible en:

<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4188/1/Calderón%20Guijarro%20Karina%20Belén.pdf>

Campo, L. (2019). El suicidio en Ecuador como caleidoscopio de la vida amenazada. [Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Barcelona].

https://www.academia.edu/41060091/EL_SUICIDIO_EN_ECUADOR_COMO_CALEIDOSCOPIO_DE_LA_VIDA_AMENAZADA20191125_32000_si9r6x?auto=citations&from=cover_page

Castellanos Luna, T., Carrillo Alfonso, T., Cuervo Socarrás, N., Molinet Arozarena H. (2007).

Intento suicida en el niño y en el adolescente. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2007, 4(3). <http://www.revistahph.sld.cu/hph0307/hph030607.html>

Chahín Pinzón, N. (2013). *Adaptación de dos instrumentos para niños colombianos: la escala Barratt de impulsividad (BIS-11C) y el cuestionario de agresividad de Buss y Perri (AQ)* (Tesis Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili). Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10803/128182>

Chahín-Pinzón, Nicolás (2015). Revisión de las características psicométricas de la escala Barratt de impulsividad (BIS) a través de su historia: desde sus orígenes hasta la actualidad. *Rev. Psicología desde el Caribe*, 32(2),315-326.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21341030009>

Chóliz, Mariano, & Marco, Clara (2017). Eficacia de las técnicas de control de la impulsividad en la prevención de la adicción a videojuegos. *Terapia Psicológica*, 35(1),57-69.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78550673006>

Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69(4), 680–694. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.020>

De La Rosa Ramos, F. V. (2019). *Identificación de la impulsividad como factor de riesgo del consumo de sustancias sujetas a fiscalización, en personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Sierra-Centro (Latacunga) mediante la escala Barratt en el año 2019* (Tesis de grado. Universidad Politécnica Salesiana).

<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/18148>

De Micheli, D., Andrade, A. L. M., Reichert, R. A., Silva, E. A. da, Pinheiro, B. de O., & Lopes, F. M. (Eds.). (2021). *Drugs and Human Behavior*. doi:10.1007/978-3-030-62855-0

De Sola Gutiérrez, José, & Rubio Valladolid, Gabriel, & Rodríguez de Fonseca, Fernando (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Salud y drogas*, 13(2),145-155. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83929573007>

DW Made for Minds (2020). *América Latina pierde miles de vidas por suicidio cada año*.

<https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-pierde-miles-de-vidas-por-suicidio-cada-a%C3%B1o/a-54873261>

Ersche, K. D., Jones, P. S., Williams, G. B., Turton, A. J., Robbins, T. W., & Bullmore, E. T. (2012). Abnormal Brain Structure Implicated in Stimulant Drug Addiction. *Science*, 335(6068), 601–604. doi:10.1126/science.1214463

Fernández Marín, R. (2016). *Neuropsicología aplicada a la educación: implicación de las funciones ejecutivas en el desarrollo lecto-escritor. Programa de intervención*. Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L.

<https://www.3ciencias.com/libros/libro/neuropsicologia-aplicada-a-la-educacion-implicacion-de-las-funciones-ejecutivas-en-el-desarrollo-lecto-escritor-programa-de-intervencion/>

Folino, Jorge Óscar y Escobar Córdoba, Franklin y Castillo, Jorge L. (2006). Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS 11) en la población carcelaria Argentina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (2), 132-148.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635202>

Gutiérrez-García, Ana G., & Contreras, Carlos M.. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Primera parte. Salud mental*, 31(4), 321-330.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400009&lng=es&tlng=es

Gutiérrez-García, Ana G., Contreras, Carlos M., & Orozco-Rodríguez, Rosselli Chantal. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-332520060005000066&lng=es&tlng=es.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación Científica*. McGRAW-HILL. Sexta Edición. México D.F.

Jaramillo Gutiérrez, M. R., Silva Vallejo, C., Rojas Arango, B. P., & Medina-Pérez, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento

- penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2), 100–105. doi:10.1016/j.rcp.2015.01.006
- José Luis Barrera Mendoza, Andrea Juliana Patiño Barón. (2020). Suicidio: factores neurofisiológicos. *Hal Science Ouverte*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02522855/document>
- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, M.D., Antequera, R., & Alamo, C.. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(1), 21-33. Recuperado en 01 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000100005&lng=es&tlng=es.
- Loredo, V. M. (2018). *Evaluación de la impulsividad en adolescentes consumidores de sustancias* (Doctoral dissertation, Universidad de Oviedo). https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/50367/TD_VictorMartinezLoredo.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Macht, d. I. (1915). The history of opium and some of its preparations and alkaloids. *Journal of the american medical association*, lxiv(6), 477. Doi:10.1001/jama.1915.02570320001001
- Mayorga Aldáz, Elizabeth Cristina. (2018). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 16(1), 203-219. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000100009&lng=es&tlng=es.

Méndez-Díaz, M., Rangel, D. A. R., Ramírez, Y. A. A., Mendoza-Méndez, A., Herrera-Solís, A.

M., Morelos, J. C., ... & Prospero-García, O. (2021). Función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 15(1), 83-93. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862021000100083

Ministerio de Salud Pública (2016). *Lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol, otras drogas y trastornos mentales graves*. <https://www.salud.gob.ec/salud-mental/>

Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 188–193. doi:10.1016/j.enfcli.2016.03.002

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (22 de Marzo 2022). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción – DrugFacts*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion> en 2022, June 12

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Las drogas y el cerebro*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2020). *Informe Mundial sobre las Drogas*. https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalván, V., & Mann, J. J. (2001). Adaptación española de la Barratt impulsiveness scale (BIS 11). *Eur Psychiatry*, 15, 147-155.

Organización Mundial De La Salud (2021). *Suicidio, datos y cifras*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Pedrero Pérez, Eduardo J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4),585-591.

ISSN: 0214-9915. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711895014>

Pérez de Albéniz-Garrote, G., Medina Gómez, B., & Rubio Rubio, L. (2019). Influencia de la impulsividad y de la búsqueda de sensaciones en el consumo precoz de cannabis.

Diferencias de género y orientaciones para la prevención. *REOP - Revista Española De Orientación Y Psicopedagogía*, 30(1), 27–40.

<https://doi.org/10.5944/reop.vol.30.num.1.2019.25192>

Pilatti, A., Fernández, C., Viola, A., García, J. S., & Pautassi, R. M. (2017). Efecto recíproco de impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes argentinos. *Salud y drogas*, 17(1),

107-120. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782011.pdf>

Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1:The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

Pugliese, Silvia Viviana (2019). Vínculos familiares disfuncionales asociado al riesgo suicida en la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(1),17-27.[fecha de Consulta 29

de Mayo de 2022]. ISSN: 1666-244X. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666619004>

- Quintana, F., Arias, M., Gómez, P. (2018). Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociadas al consumo de drogas. *Revista de toxicología*, (35), 37 - 44
<http://rev.aetox.es/wp/wp-content/uploads/2018/06/Revista-de-Toxicologia-35.1-41-48.pdf>
- Reyes Ruiz, Lizeth, & Uribe Alvarado, Isaac, & Trejos Herrera, Ana María, & Alarcón-Vásquez, Yolima, & Bahamón Muñetón, Marly Johana (2019). Estilos de afrontamiento como predictores del riesgo suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 36(1),120-131 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21362970007>
- Robert Plutchik, Herman M. van Praag, Hope R. Conte, and Susan Picard (1989). Correlaciones de riesgo de suicidio y violencia 1: la medida del riesgo de suicidio. *Psiquiatría integral*, 30 (4), 296-302.
- Rodríguez Cintas, Laia. (2018). *El papel de la impulsividad en pacientes en tratamiento por trastorno por uso de sustancias*. (Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal)
<https://www.tdx.cat/handle/10803/665922#page=1>
- Rømer Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of behavioral addictions*, 7(2), 317–330. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.22>
- Rubio, G., Montero, J., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, MA, Marín, JJ y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población Española. *Archivos de Neurobiología*. <http://dx.doi.org/10.14349/rfp.2019.v51.n3.1>

- Salvo G, Lilian, & Castro S, Andrea. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Santana Campas, Marco Antonio, & Juárez García, Laura Rocío. (2020). La impulsividad y sistemas BIS/BAS como factores de riesgo para el consumo de drogas en personas privadas de la libertad. *Psicumex*, 10(2), 114-129. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i2.354>
- Santana-Campas, Marco Antonio, Hidalgo-Rasmussen, Carlos Alejandro, & Santoyo Telles, Felipe. (2019). Impulsividad, consumo de drogas, tipo de delito y riesgo de suicidio en jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Acta universitaria*, 29, e2284. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2284>
- Schmidt, Vanina , & Picón Janeiro, Jimena , & Squillace, Mario (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1),8-18 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439542494002>
- Scrich Vázquez, Aldo Jesús, & Loor Briones, Walter, & Hidalgo Hidalgo, Hugo, & Macías Alvarado, Jéssica, & García Noy, Etelvina (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Archivo Médico de Camagüey*, 22(2),130-138 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211159713003>
- Suárez-Colorado, Yuly, Palacio-Sañudo, Jorge, Caballero-Domínguez, Carmen Cecilia, & Pineda-Roa, Carlos Alejandro. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista*

Latinoamericana de Psicología, 51(3), 145-

152. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

Télez-Vargas, J., Télez, J., & Forero, J. (2006). Impulsividad y suicidio. Suicidio:

Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá DC: *Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica*.

https://www.academia.edu/download/38682408/Impulsividad_y_suicidio.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*,

http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Urrego Barbosa, S. C., Valencia Casallas, O. L., & Villalba, J. (2017). Validación de la escala

barrat de impulsividad (bis-11) en población bogotana. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 143-157

Vallejo Alviter, N. G., Arellanez Hernández, J. L., González Forteza, C. F., & Wagner

Echeagaray, F. (2021). Impulsividad y conflicto familiar como predictores del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 55(2).

https://www.researchgate.net/publication/355164747_Impulsividad_y_conflicto_familiar_como_predictores_del_consumo_de_sustancias psicoactivas_ilegales_en_adolescentes

Vera, M. (2018). *Estructuras psicológicas tempranas, impulsividad, adicciones a sustancias y comportamentales en adolescentes y jóvenes de Ecuador* (Doctoral dissertation,

Universidad Complutense de Madrid). <https://eprints.ucm.es/id/eprint/55627/>

ANEXOS

ESTUDIO: IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN ADULTOS EN TRATAMIENTO POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, PARROQUIA FEBRES CORDERO

BATERIAS DE EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y PSICOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está usted de acuerdo en participar de esta investigación

El objetivo del estudio es tener información sobre la impulsividad y riesgo suicida que presentan los adultos en tratamiento ambulatorio por trastorno por consumo de drogas. En la parroquia Febres Cordero. La encuesta le tomará un aproximado de 15 minutos de su tiempo para responder. Es necesario que usted sea mayor de edad para ser parte del presente estudio. La participación es muy sencilla, totalmente anónima, voluntaria y sumamente valiosa. Usted puede dejar de responder y salir del estudio en el momento que lo desee. En este sentido, ¿está usted de acuerdo en participar en el estudio?

Agradecemos su participación.

Estoy de acuerdo con el enunciado anterior:

SI__ NO__

Firma

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un "X" en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad: _____ 2. Sexo: Masculino ___ Femenino ___

3. Ciudad de residencia _____

4. Sector del domicilio: Urbano ___ Rural ___

5. Estado Civil:

Soltero/a ___ Unión Libre ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

6. Identificación Religiosa:

Católico(a) ___ Cristiano(a)/Evangélico(a) ___ Testigo de Jehová ___ Mormón ___

Creyente sin identificación religiosa ___ Ateo ___ Otro ___

ECONOMÍA Y TRABAJO

7. Nivel de educación

primaria ___ Secundaria/bachillerato ___

Educación superior (universitario/tecnológico) ___ Ninguna ___

8. Usted cuenta con seguro médico

IESS ___ ISSFA ___ ISSPOL ___ Seguro Privado ___ Ninguno ___

9. Trabajo

Trabajo fijo ___ Trabajo temporal ___ Estoy desempleado ___

10. Situación socio-económica

Mala ___ Regular ___ Buena ___ Muy buena ___

SALUD

11. ¿Ud presenta una adicción a alguna o algunas drogas? Si ___ No ___

12.- A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)

	SI	NO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, hache, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
j. Otros - especifique:		

13. Ud mantiene atenciones psicológicas y médicas por el problema de consumo de drogas?
Si ___ No ___

15. Tiene familiares en tratamientos por consumo de drogas. Si ___ No ___

14.- Cuantos años tiene consumiendo drogas:

Menos de 1 año ___ 1-3 años ___ 4-5 años ___ más de 6 años ___

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Identificación Fecha

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Está deprimido/a ahora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIÓN:

16. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Nombre	Fecha			
<p><i>Instrucciones.</i> Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plántela de la forma que está entre paréntesis.)</p>				
	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Terminó lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Puntuación total: _____ I. cognitiva: _____ I. motora: _____ I. no planeada: _____</p>				

Imágenes

Figura 1

Criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias del DSM-5

-
1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la/s sustancia/as, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
 5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
 10. Tolerancia.
 11. Abstinencia.
-