

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE IMPULSIVIDAD, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SU
ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA
POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE UN CENTRO PREUNIVERSITARIO,
AREQUIPA, 2017”**

Tesis presentado por el Bachiller:

JUAN CARLOS NÚÑEZ FLORES

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO-CIRUJANO

Asesor:

Dr. Ricardo Ibáñez Barreda

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis padres Carlos y Reina por su gran apoyo incondicional y por hacer que todo esto se haga realidad sin ninguna condición y con todo el amor del mundo el cual lo sentí desde el inicio de mi vida hasta ahora, de igual manera a mi hermana Mariela por siempre apoyarme y creer en mí en todo momento

A mi amor Emily y a mi hijo Carlitos por estar conmigo durante toda mi vida universitaria y saber sobrellevar los buenos y malos momentos que pasaron junto a mí y por su perseverancia y apoyo que tuvieron conmigo hasta este momento

Gracias

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	11
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	31
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	47
ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	48
ANEXO 2: Matriz de Datos.....	114

RESUMEN

El presente trabajo se realizó para determinar el Nivel de Impulsividad, las características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

Utilizando un estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 200 estudiantes adolescentes, de los cuales 195 llenaron de manera correcta los instrumentos, estos tenían una edad comprendida entre menos de 18 años a 20 años, que asistían al Centro de Estudios Pre-Universitario de la Universidad Católica de Santa María, durante el mes de febrero del 2017. A cada estudiante adolescente se le aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y el cuestionario CAGE para consumo de Alcohol. Se determinó el Nivel de Impulsividad, el tipo de Consumo de alcohol, y las características epidemiológicas y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X^2 y $P < 0.05$.

Encontrando que de los 195 adolescentes: el nivel alto de impulsividad fue 12(6,2%), el tipo de consumo de alcohol fue para No bebedor 114(58,5%), bebedor social 34(17,4%), consumo de riesgo 34(17,4%) y consumo perjudicial 13(6,7%), se estableció relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre el tipo de consumo de Alcohol con la edad, el género y el nivel de instrucción. Respecto a la asociación entre Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol este sí mostró significancia estadística con $X^2 = 6.530$ $P < 0.05$.

Concluyendo que los niveles de Impulsividad encontrados en el presente estudio son coincidentes con los encontrados en otros estudios, el tipo de Consumo de Alcohol más frecuente es el de bebedor social. Respecto a los Niveles de Impulsividad este influye de manera directa en el tipo de consumo de Alcohol de los adolescentes.

Impulsividad, adolescentes, consumo de alcohol

ABSTRACT

This study made to determine the Level of Impulsiveness, the epidemiological characteristics and its association with the type of Alcohol Consume in a population of adolescents of a Pre-University Center, Arequipa, 2017.

It used a descriptive, observational, transverse and simple association study. A total of 200 teenage students were surveyed, 195 of whom correctly filled out the instruments, ranging from 18 years to 20 years old, who attended the Pre-University Studies Center of the Catholic University of Santa Maria, during the February of 2017. A socio-demographic data questionnaire, Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and CAGE questionnaire for alcohol consumption were administered to each adolescent student. The Impulsiveness Level, the type of Alcohol Consumption, and the epidemiological characteristics and the relationship between the study variables were determined using the X² test and $P < 0.05$.

It found of the 195 adolescents: the high level of impulsivity was 12 (6.2%), the type of alcohol consumption was for non-drinkers 114 (58.5%), social drinkers 34 (17.4%), 34 (17.4%) and harmful consumption 13 (6.7%), a significant statistical relationship ($P < 0.05$) was established between the type of alcohol consumption with age, gender and educational level. Regarding the association between Impulsivity Level and Alcohol Consumption, this one showed statistical significance with $X^2 = 6,530$ $P < 0.05$.

It concluded the levels of Impulsivity found in the present study coincide with those found in other studies, the most frequent type of alcohol consumption is that of social drinkers. Regarding the Levels of Impulsiveness, this has a direct influence on the type of alcohol consumption of adolescents.

Impulsivity, adolescents, alcohol consume

INTRODUCCIÓN

La impulsividad se define como conducta adaptativa que puede sustraernos de distintas amenazas, especialmente cuando la reacción impulsiva se produce en situaciones donde lo más prudente es activar un comportamiento en “modo ataque-huida”. El peligro inminente requiere una respuesta inmediata. No obstante, estos reflejos conductuales pueden ser disfuncionales en el mundo complejo de interrelaciones en el que vivimos hoy los seres humanos, y específicamente los adolescentes que experimentan una etapa de cambios muy susceptibles a desarrollar psicopatología estas pautas de comportamiento incluida la impulsividad puede alejarse del contexto ambiental en el que inicialmente se desarrollaron para la supervivencia. El impulso nos ayuda a ser curiosos y creativos, a cambiar y adaptarnos. Pero una constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración puede desembocar en conductas impulsivas disfuncionales.

Los trastornos por consumo de sustancias, son muy frecuentes en la población general, y especialmente importantes en la adolescencia, según la encuesta de Devida del año 2014 aproximadamente 80% de la población de adolescentes han consumido alguna vez algún tipo de droga, dentro de estas el alcohol figura como una de las más accesibles y de fácil desarrollo de dependencia y tolerancia, los factores conductuales en el desarrollo del consumo del mismo son importantes, siendo uno de estos la impulsividad, siendo mucho más frecuente el uso y abuso de sustancias en personas con elevados niveles de la misma, es por tal motivo mi interés de estudiar la asociación entre estos factores.

CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos epidemiológicos (Anexo 1), la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) (Anexo 2) y Cuestionario para consumo de alcohol CAGE (Anexo 3), los cuales nos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La investigación fue realizada en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizó entre los meses de Enero del 2017 y Marzo del 2017.

2.3. Unidades de estudio:

Se estudió a la población adolescente incluida dentro del alumnado inscrito en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.4. Población:

Todos los adolescentes inscritos en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Estudiante inscrito en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- Participación voluntaria en el estudio
- Llenado correcto de encuestas

- **Criterios Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María para obtener la autorización para realizar el estudio.
- Se informó a los estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María acerca de la forma correcta de llenado de la ficha de recolección de datos epidemiológicos, la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) y el Cuestionario para consumo de alcohol (CAGE) posteriormente se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y análisis.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

3.2 Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 y el Anexo 3 fueron codificados y tabulados de manera alfa-numérica para su análisis y posterior interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2014, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2014 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.24.0.

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado X^2 y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística significativa entre las variables cualitativas evaluadas.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

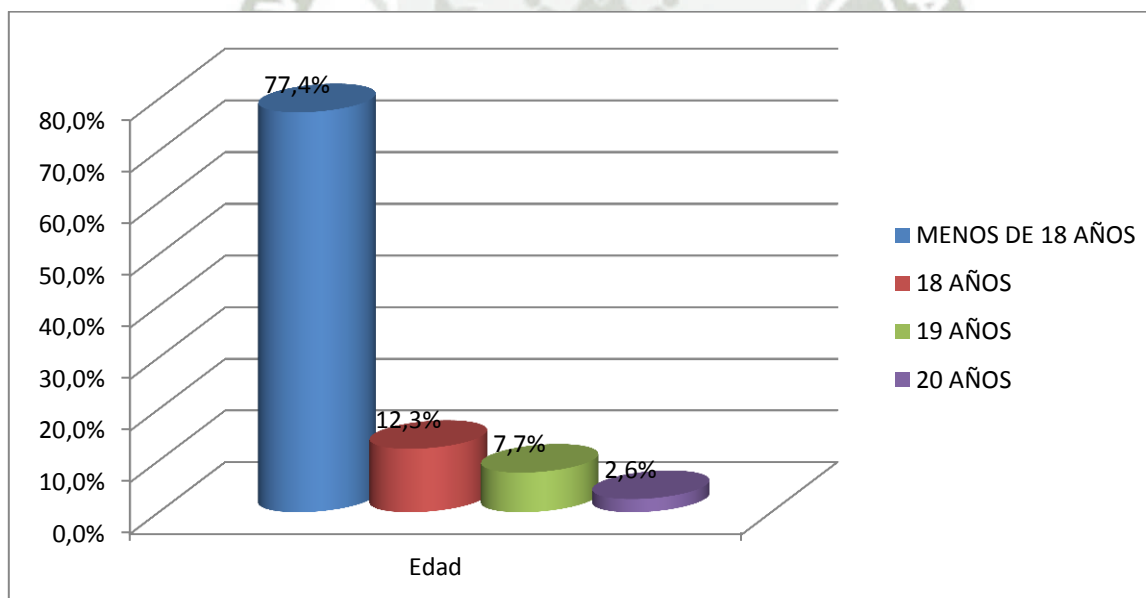
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°1

Edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

EDAD	f	%
MENOS DE 18 AÑOS	151	77,4
18 AÑOS	24	12,3
19 AÑOS	15	7,7
20 AÑOS	5	2,6
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°1, muestra que el 89,7% de los adolescentes encuestados tiene un rango de edad de 18 años a menos.



Fuente: Elaboración propia

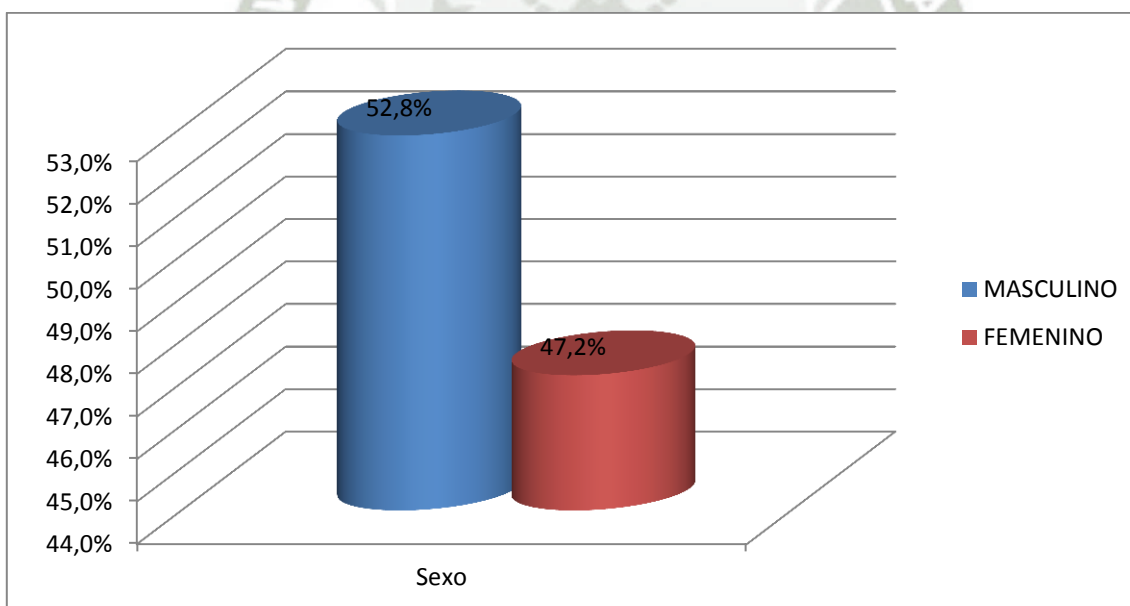
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°2

Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

GÉNERO	f	%
MASCULINO	103	52,8
FEMENINO	92	47,2
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°2, muestra que el 52,8% de los adolescentes encuestados son de género masculino y el 47,2% son de género femenino.



Fuente: Elaboración propia

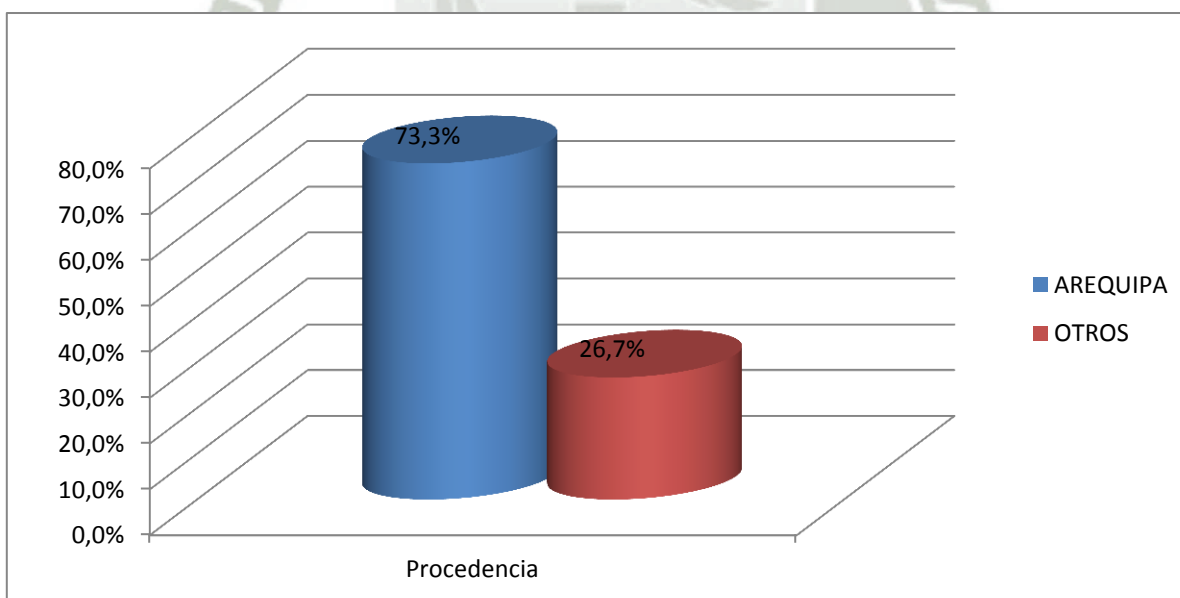
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°3

Lugar de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Lugar de Procedencia	F	%
AREQUIPA	143	73,3
OTROS	52	26,7
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°3, muestra que el 73,3% de los adolescentes encuestados declaran como lugar de Procedencia Arequipa frente al 26,7% que provienen de otros lugares.



Fuente: Elaboración propia

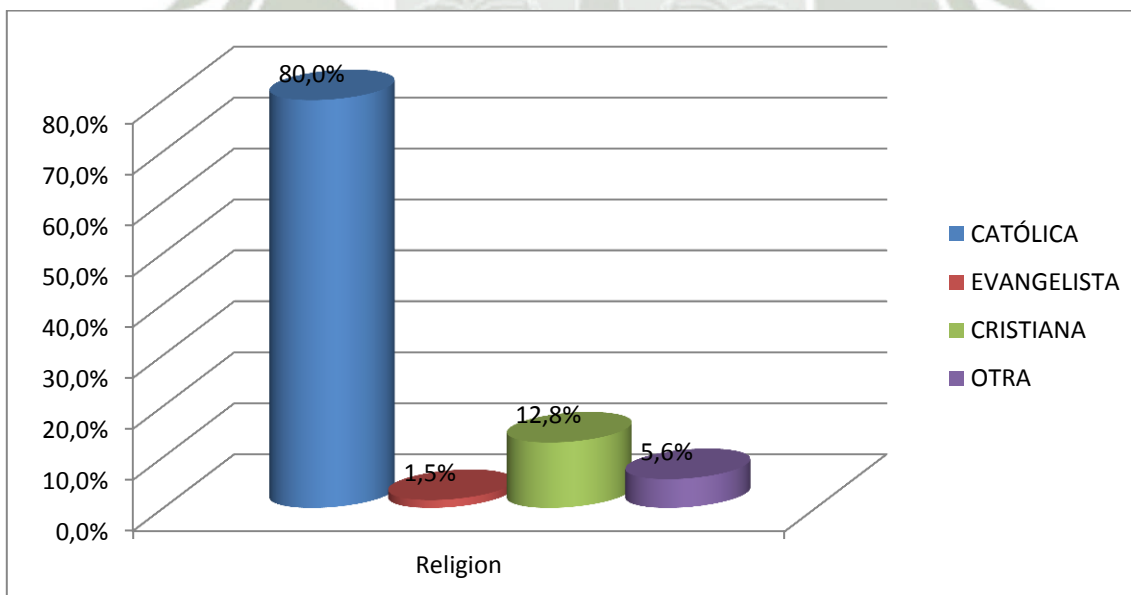
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°4

Religión de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Religión	f	%
CATÓLICA	156	80,0
EVANGELISTA	3	1,5
CRISTIANA	25	12,8
OTRA	11	5,6
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°4, muestra que el 80,0% de los adolescentes encuestados declaran ser de religión católica, el 12,8% cristianos, el 5,6% declaran tener otra religión y solo el 1,5% ser evangelistas.



Fuente: Elaboración propia

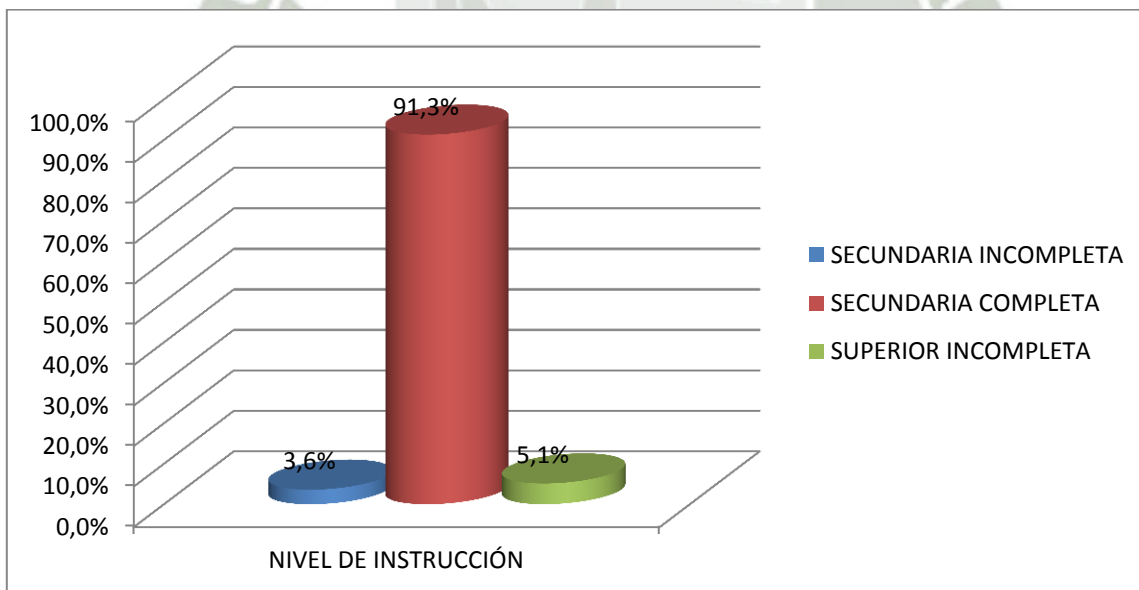
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°5

Nivel de Instrucción de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Nivel de Instrucción	f	%
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	3,6
SECUNDARIA COMPLETA	178	91,3
SUPERIOR INCOMPLETA	10	5,1
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°5, muestra que el 91,3% de los adolescentes encuestados declaran tener como nivel de instrucción secundaria completa, el 5,1% superior incompleta y solo el 3,6% secundaria incompleta.



Fuente: Elaboración propia

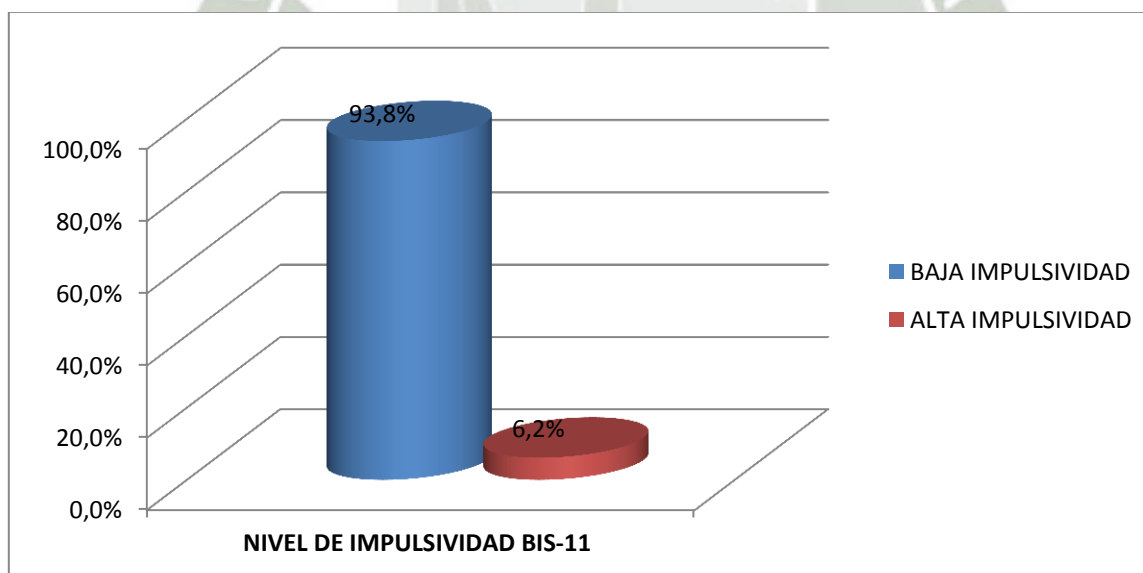
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°6

Nivel de Impulsividad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Nivel de Impulsividad (BIS-11)	f	%
BAJA IMPULSIVIDAD	183	93,8
ALTA IMPULSIVIDAD	12	6,2
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°6, muestra que el 93,8% de los adolescentes encuestados tienen un Nivel de baja impulsividad frente al 6,2% que tienen alta impulsividad.



Fuente: Elaboración propia

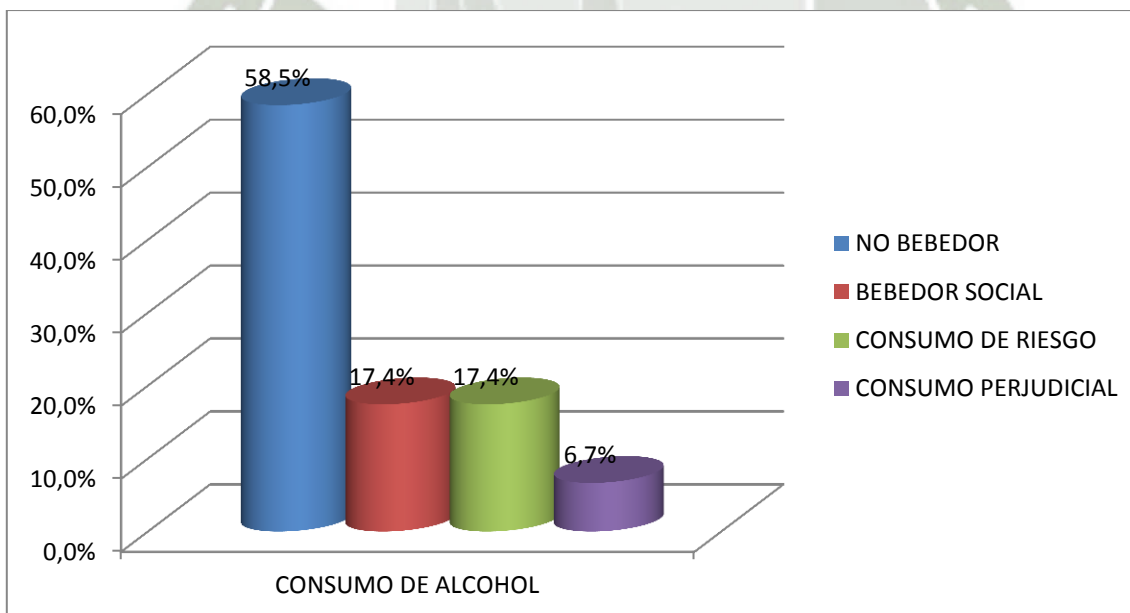
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°7

Tipo de Consumo de Alcohol de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Tipo de Consumo de Alcohol	f	%
NO BEBEDOR	114	58,5
BEBEDOR SOCIAL	34	17,4
CONSUMO DE RIESGO	34	17,4
CONSUMO PERJUDICIAL	13	6,7
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°7, muestra que el 58,5% de los adolescentes encuestados se califican como No Bebedores, el 17,4% como bebedores sociales, el 17,4% tienen un consumo de riesgo y solo el 6,7% tienen un consumo perjudicial de alcohol.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°8

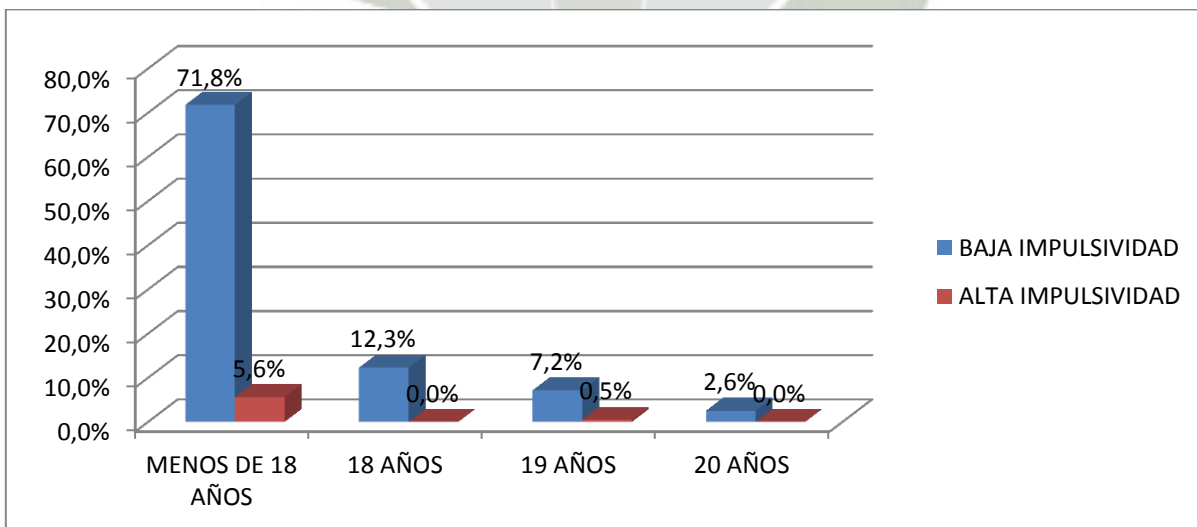
Relacion entre Nivel de Impulsividad y la Edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	F	%
Edad	MENOS DE 18 AÑOS	140	71,8	11	5,6	151	77,4
	18 AÑOS	24	12,3	0	0,0	24	12,3
	19 AÑOS	14	7,2	1	0,5	15	7,7
	20 AÑOS	5	2,6	0	0,0	5	2,6
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

Chi²=2.243

p= 0.0520

La Tabla y Grafico N°8, muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen menos de 18 años, y solo el 0,5% tienen 19 años; frente al 71,8% con baja impulsividad y con una edad menor a 18 años, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°9

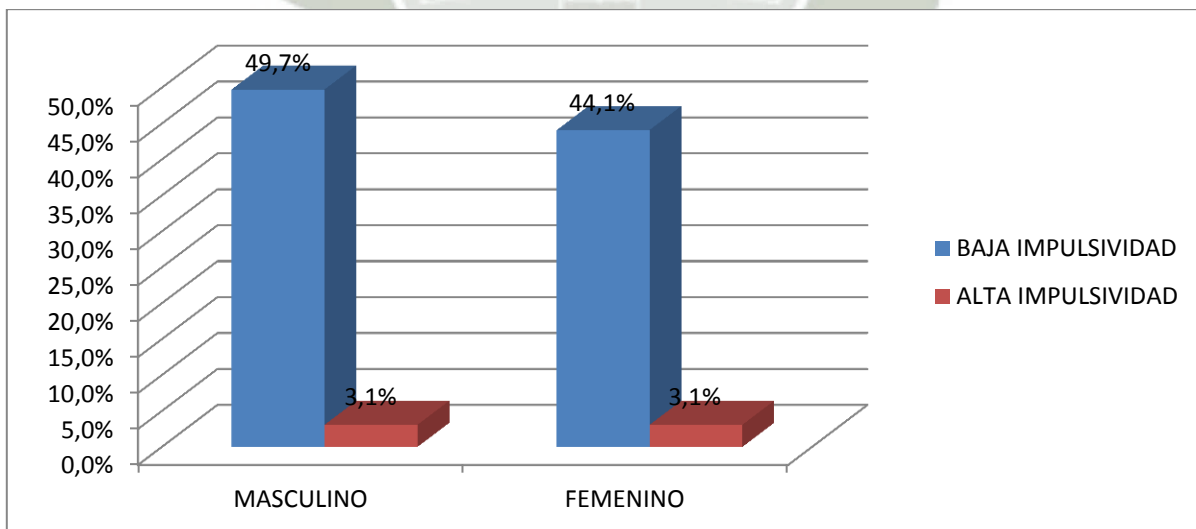
Relacion entre Nivel de Impulsividad y el Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	f	%
Género	MASCULINO	97	49,7	6	3,1	103	52,8
	FEMENINO	86	44,1	6	3,1	92	47,2
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=0.041$

$p= 0.840$

La Tabla y Grafico N°9, muestra que el 3,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad son de Género tanto masculino y femenino respectivamente; frente al 49,7% con baja impulsividad y que son de género masculino y el 44,1% con baja impulsividad y que son de género femenino, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°10

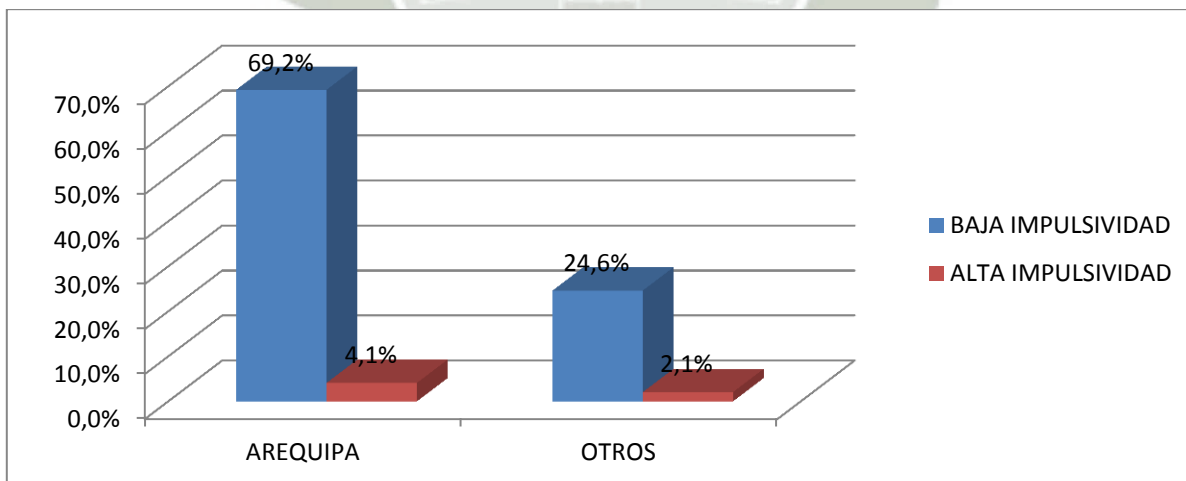
Relación entre Nivel de Impulsividad y lugar de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total			
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD		f		%	
		f	%	f	%				
Lugar de Procedencia	AREQUIPA	135	69,2	8	4,1	143	73,3		
	OTROS	48	24,6	4	2,1	52	26,7		
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0		

$\chi^2=20.291$

$p= 0.590$

La Tabla y Grafico N°10, muestra que el 4,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Arequipa, el 2,1% con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Otros; frente al 69,2% con Baja impulsividad y que son de Arequipa, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°11

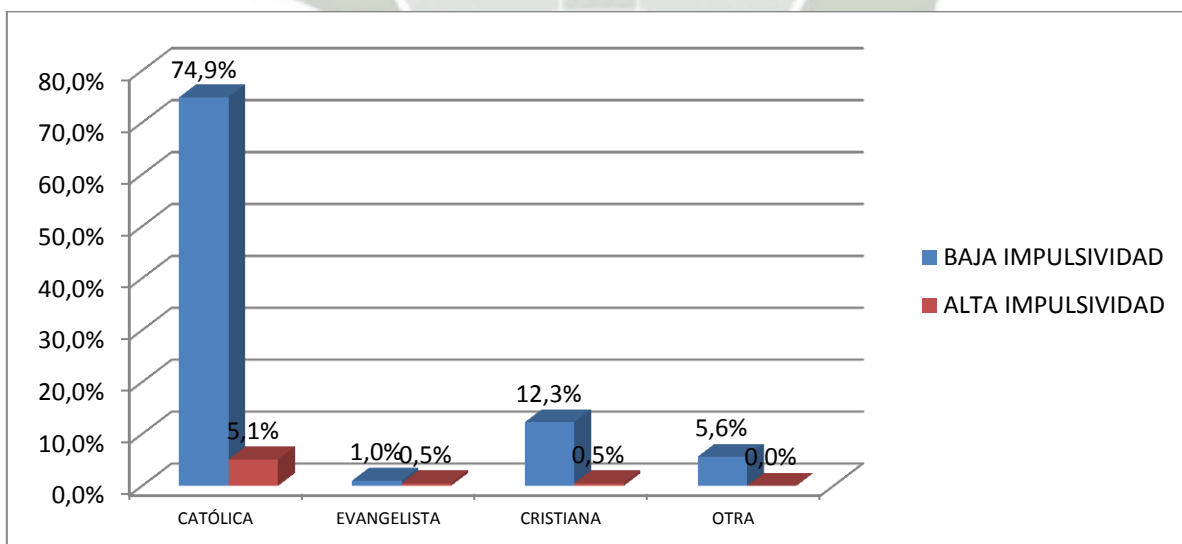
Relación entre Nivel de Impulsividad y Religión de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	F	%
Religión	CATÓLICA	146	74,9	10	5,1	156	80,0
	EVANGELISTA	2	1,0	1	0,5	3	1,5
	CRISTIANA	24	12,3	1	0,5	25	12,8
	OTRA	11	5,6	0	0,0	11	5,6
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=4.777$

$p= 0.189$

La Tabla y Grafico N°11, muestra que el 5,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran ser de Religión católica, el 0,5% declaran ser respectivamente de religión evangelista y cristiana, frente al 74,9% de los adolescentes encuestados con Baja impulsividad y que declaran ser de religión católica, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°12

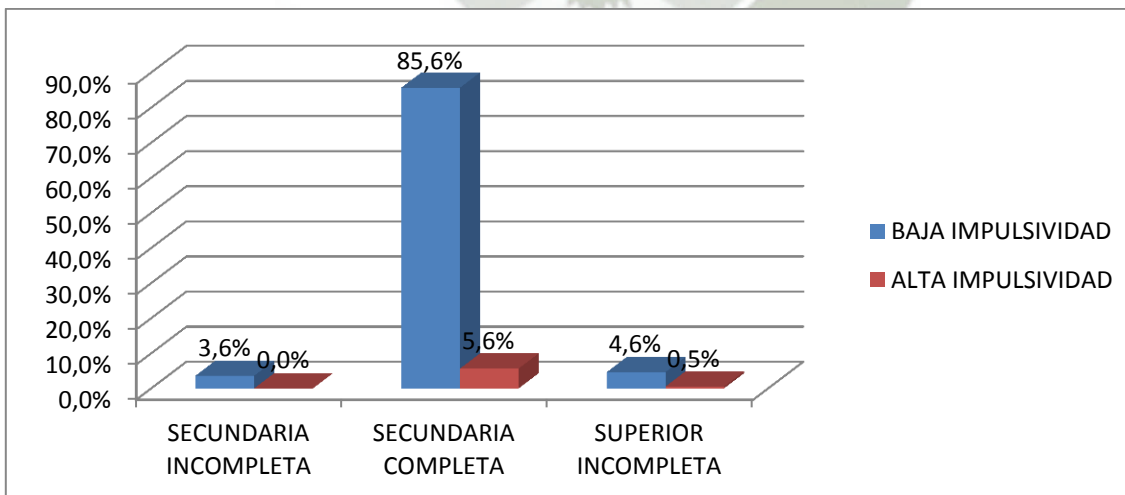
Relación entre Nivel de Impulsividad y Nivel de Instrucción de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA INCOMPLETA	7	3,6	0	0,0	7	3,6
	SECUNDARIA COMPLETA	167	85,6	11	5,6	178	91,3
	SUPERIOR INCOMPLETA	9	4,6	1	0,5	10	5,1
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=0.715$

$p= 0.699$

La Tabla y Grafico N°12, muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen Secundaria completa, y solo 0,5% con Alta impulsividad tienen Superior Incompleta; frente al 85,6% de los con Baja impulsividad y declaran tener Secundaria Completa, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°13

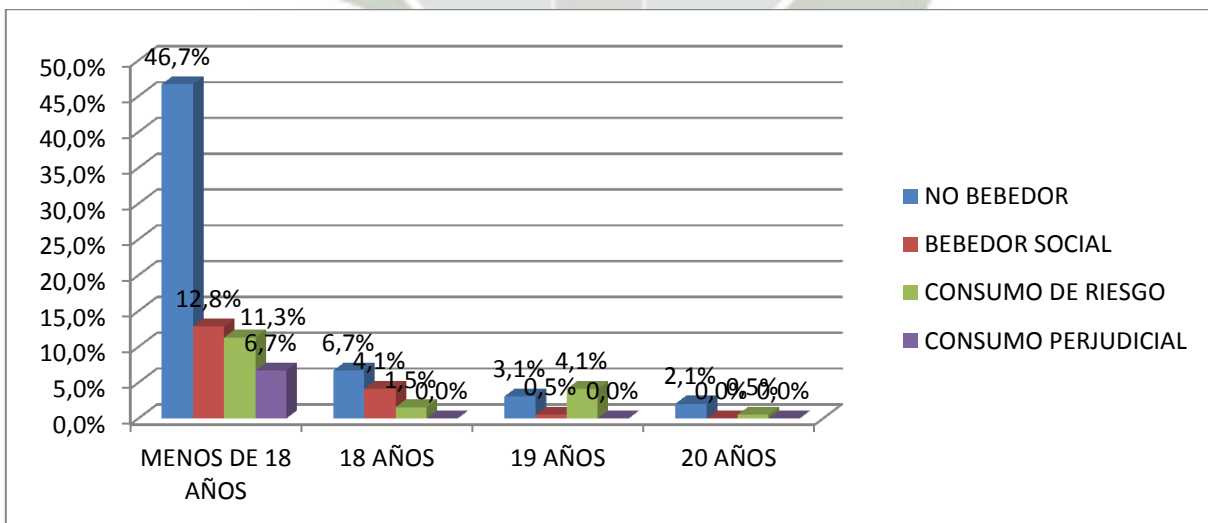
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y la edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Edad	MENOS DE 18 AÑOS	91	46,7	25	12,8	22	11,3	13	6,7	151	77,4
	18 AÑOS	13	6,7	8	4,1	3	1,5	0	0,0	24	12,3
	19 AÑOS	6	3,1	1	0,5	8	4,1	0	0,0	15	7,7
	20 AÑOS	4	2,1	0	0,0	1	0,5	0	0,0	5	2,6
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

$\chi^2=12.786$

$p= 0.007$

La Tabla y Grafico N°13, muestra que el 46,7% de los adolescentes encuestados no Bebedores tienen menos de 18 años, el 12,8% de bebedores sociales tienen menos de 18 años, el 11,3% con consumo de riesgo tienen menos de 18 años y solo el 6,7% de los con Consumo perjudicial tienen menos de 18 años, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°14

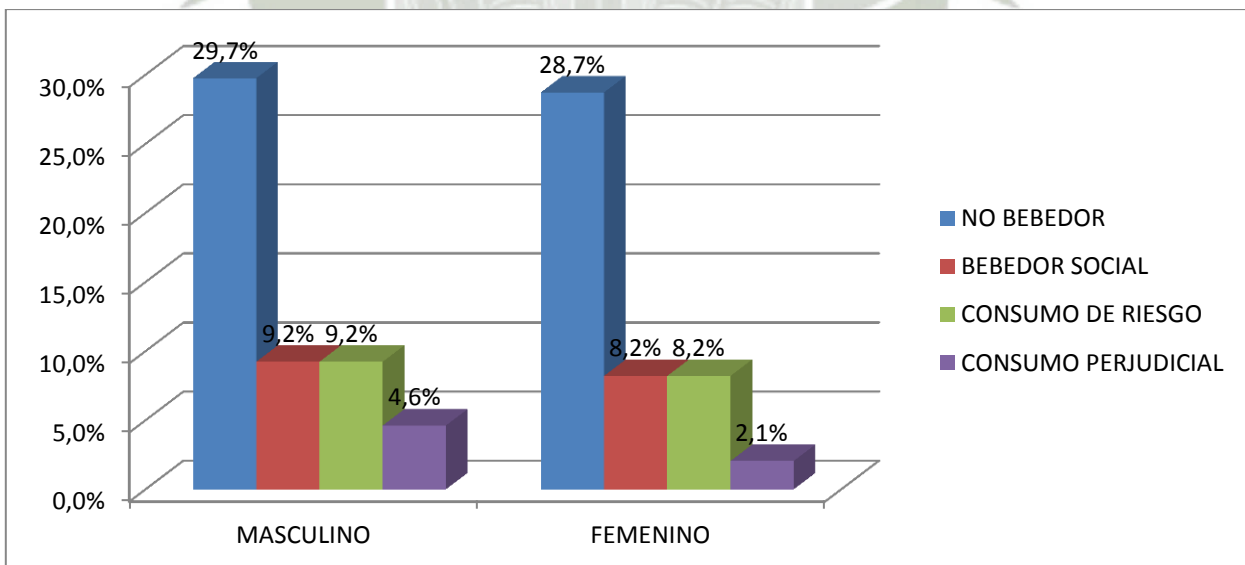
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y el Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		F	%	f	%	f	%	f	%		
Sexo	MASCULINO	58	29,7	18	9,2	18	9,2	9	4,6	103	52,8
	FEMENINO	56	28,7	16	8,2	16	8,2	4	2,1	92	47,2
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

$\chi^2=1.578$

$p= 0.046$

La Tabla y Grafico N°14, muestra que el 29,7% de los adolescentes no Bebedores son de género masculino, el 9,2% de los bebedores sociales y con consumo de riesgo son de género masculino, y solo el 4,6% de los con consumo perjudicial son también de género masculino, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°15

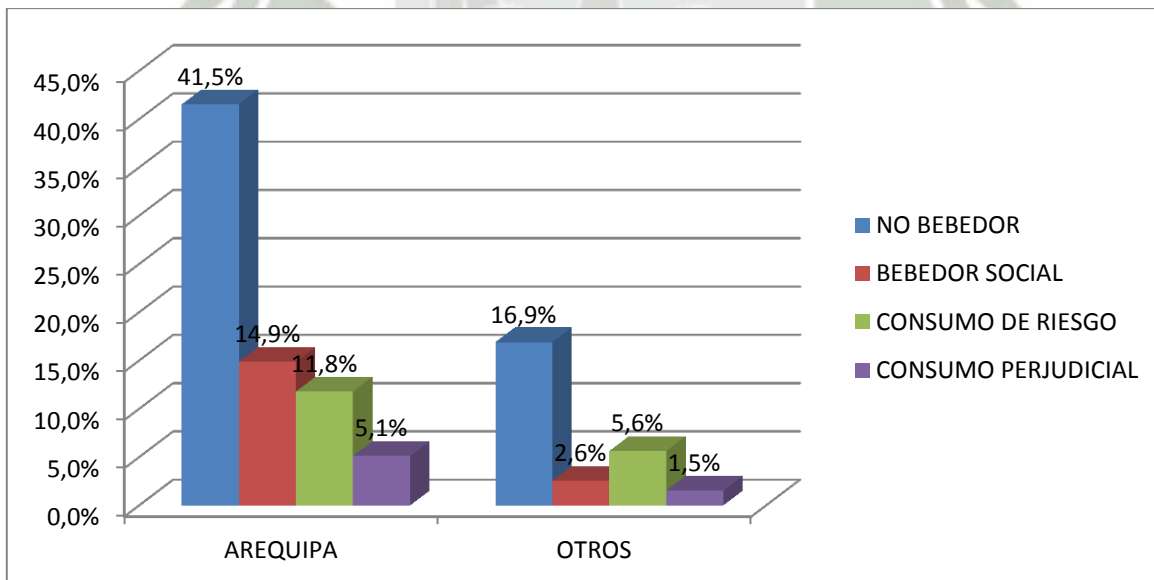
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Procedencia	AREQUIPA	81	41,5	29	14,9	23	11,8	10	5,1	143	73,3
	OTROS	33	16,9	5	2,6	11	5,6	3	1,5	52	26,7
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

$\chi^2=3.438$

$p= 0.329$

La Tabla y Grafico N°15, muestra que el 41,5% de los adolescentes no Bebedores proceden de Arequipa, el 14,9% de los bebedores sociales, el 11,8% de los con Consumo de Riesgo y el 5,1% de los con Consumo Perjudicial proceden también de Arequipa, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°16

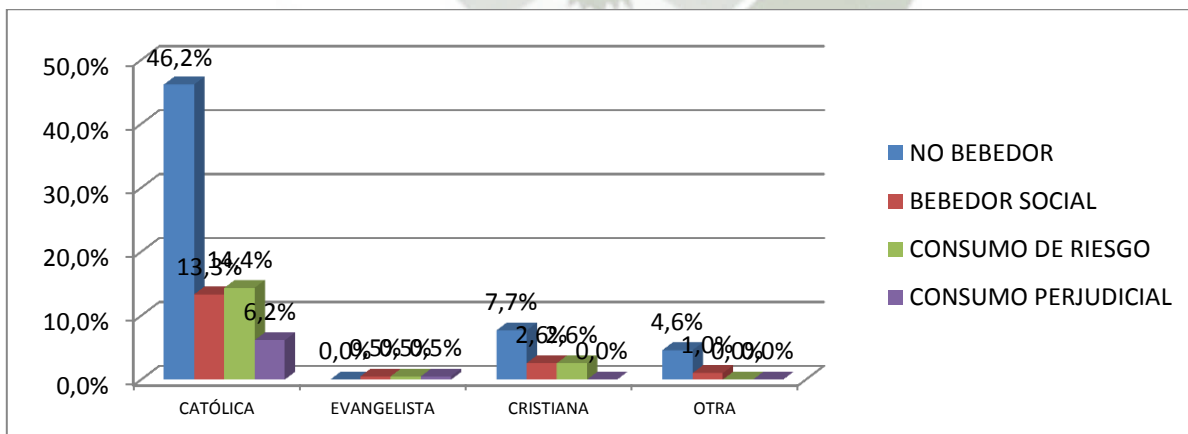
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y la Religión de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	f	%	F	%		
Religión	CATÓLICA	90	46,2	26	13,3	28	14,4	12	6,2	156	80,0
	EVANGELISTA	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5	3	1,5
	CRISTIANA	15	7,7	5	2,6	5	2,6	0	0,0	25	12,8
	OTRA	9	4,6	2	1,0	0	0,0	0	0,0	11	5,6
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

Chi²=11.709

p= 0.230

La Tabla y Grafico N°16, muestra que el 46,2% de los adolescentes no Bebedores son de religión católica, el 13,3% de los bebedores sociales, el 14,4% de los con Consumo de Riesgo y el 6,2% de los con Consumo Perjudicial todos declaran ser de religión católica, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°17

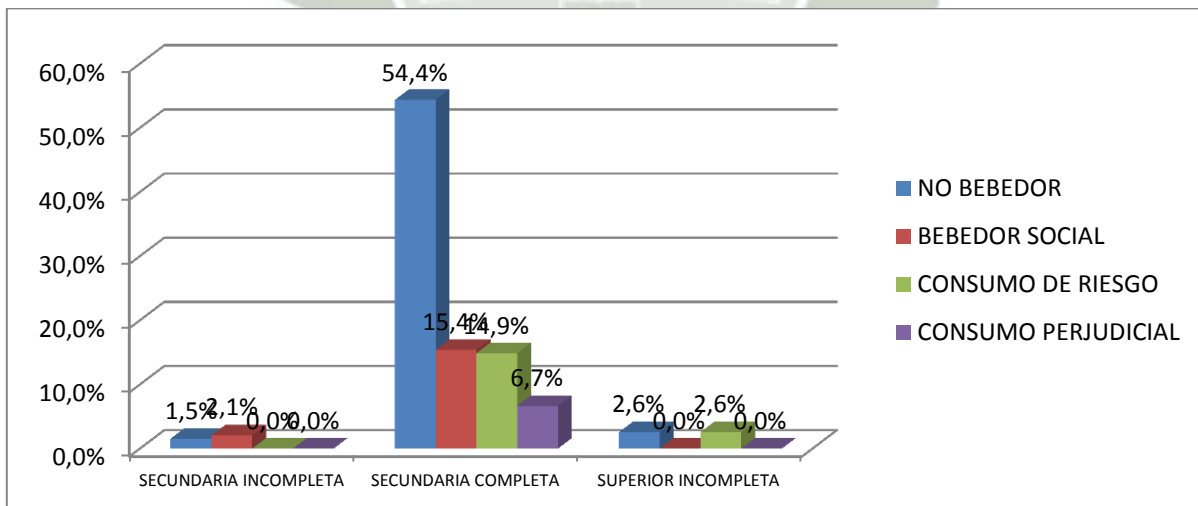
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y el Nivel de Instrucción de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA INCOMPLETA	3	1,5	4	2,1	0	0,0	0	0,0	7	3,6
	SECUNDARIA COMPLETA	106	54,4	30	15,4	29	14,9	13	6,7	178	91,3
	SUPERIOR INCOMPLETA	5	2,6	0	0,0	5	2,6	0	0,0	10	5,1
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

Chi²=17.236

p= 0.008

La Tabla y Grafico N°17, muestra que el 54,4% de los adolescentes no Bebedores declaran tener secundaria completa, el 15,4% de los bebedores sociales, el 14,9% de los con Consumo de Riesgo y el 6,7% de los con Consumo Perjudicial todos declaran tener secundaria completa, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°18

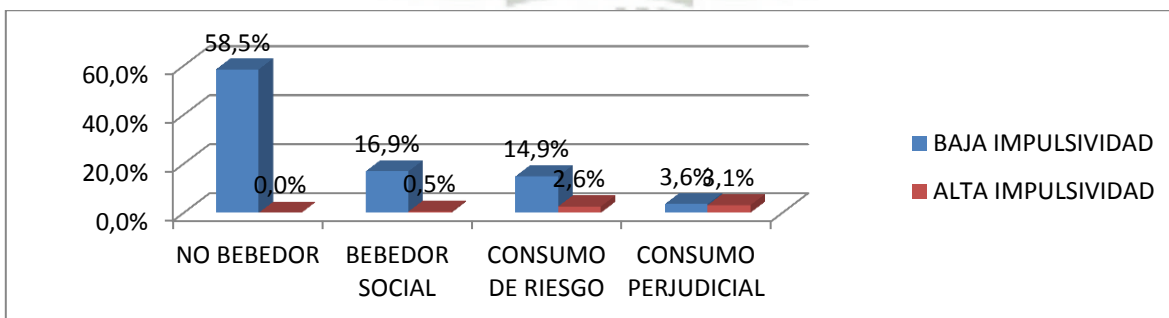
Relación entre el Nivel de Impulsividad y el Tipo de Consumo de Alcohol de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE ALCOHOL	NO BEBEDOR	114	58,5	0	0,0	114	58,5
	BEBEDOR SOCIAL	33	16,9	1	0,5	34	17,4
	CONSUMO DE RIESGO	29	14,9	5	2,6	34	17,4
	CONSUMO PERJUDICIAL	7	3,6	6	3,1	13	6,7
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=4.797$

$p= 0.004$

La Tabla y Grafico N°18, muestra que el 58,8% de los adolescentes con Baja Impulsividad son no bebedores, y el 2,6% de los con alta Impulsividad tienen un consumo de riesgo, frente al 14,9% de los con baja impulsividad y tienen también un consumo de riesgo, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°19

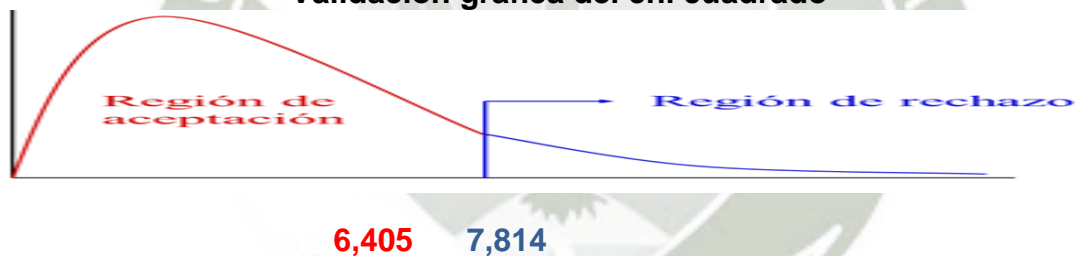
Relación entre el Nivel de Impulsividad y el Tipo de Consumo de Alcohol de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,405 ^a	3	0,000
Razón de verosimilitudes	4,797	3	0,000
Asociación lineal por lineal	6,451	1	0,000
N de casos válidos	195		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.

Validación grafica del chi cuadrado



Fuente: Base de datos

Interpretación

Al realizar el análisis de datos, se encuentra que existe relación estadística significativa entre el Nivel de Impulsividad y tipo de consumo de Alcohol, aceptando nuestra hipótesis: Que los niveles de Impulsividad predisponen de manera directa al tipo de Consumo de Alcohol afecta de manera considerable en los adolescentes de un Centro de Estudios Preuniversitario Arequipa, 2017.

Fuente: Elaboración Propia



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio incluyó a los estudiantes adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 200 estudiantes adolescentes de los cuales 5 no llenaron en forma correcta la encuesta suministrada. Se evaluaron al final en total 195 encuestas que cumplieron con el llenado correcto y completo de los instrumentos suministrados.

En cuanto al Nivel de Impulsividad utilizando la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) (**Tabla y Grafico 6**), muestra que el 93,8% de los adolescentes encuestados tienen un Nivel de baja impulsividad frente al 6,2% que tienen alta impulsividad.

IRIARTE ATHINA N. (18), en el estudio que realizó en la ciudad de Trujillo en el año 2009, para identificar las diferencias en la agresividad premeditada e impulsiva según los estilos de socialización parental en adolescentes utilizando la Escala de Estilos de Socialización Parental (ESPA29) y el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), se encontró que el 8,3% de los participantes del estudio presentaban niveles elevados de impulsividad.

CANO PABLO ET AL (19), en el estudio que realizó en la ciudad de Pucallpa en el año 2008, para determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares donde se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado, se encontró una tendencia a la violencia como conducta violenta en 18,7% de la muestra.

RIOFRIO JUAN M., VILLEGAS MILUSCA R. (20), en el estudio realizado en la ciudad de Chiclayo el año 2014, para determinar la relación entre Adaptabilidad-Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes, utilizando la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, adaptado por Martínez (2013) y la Escala de Agresividad en la Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013), se encontró una frecuencia de conducta impulsiva del 5,8% en los adolescentes participantes del estudio.

BARBOSA YERALDIN ET AL. (21), en el estudio realizado en Colombia el año 2015, con el objetivo de describir y analizar la relación entre impulsividad y la

dependencia al internet y el teléfono móvil utilizando la Escala de Impulsividad (UPPS), Cuestionarios de Parámetros de uso de internet y celular, así como el Test de dependencia al móvil (TDM) y el Test de dependencia a Internet (TDI), se encontraron niveles de impulsividad elevados en el 10.2% de los adolescentes encuestados.

CORBÍ BEATRIZ ET AL (22), en el estudio realizado en Colombia el año 2009, para explorar los efectos que la impulsividad, medida por la Escala de Impulsividad de Plutchik, puede tener en la ansiedad, medida por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-J; encontró niveles altos de impulsividad en el 4,8% de los adolescentes encuestados.

SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23), en el estudio realizado en Chile en el año 2013, con el objetivo de describir la confiabilidad y validez de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes chilenos se encontró niveles elevados de impulsividad en el 7,2% de los adolescentes participantes del estudio.

Con respecto a los trabajos mencionados anteriormente anteriores, si bien solo en uno de estos se utilizó la escala que se utiliza en el presente trabajo para la medida de Impulsividad: la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), y en los restantes se utilizó diferentes instrumentos para caracterizar la impulsividad las cifras encontradas en nuestro trabajo en relación a niveles elevados de impulsividad 6,2% se aproximan al trabajo realizado por **SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23)**, con niveles elevados de impulsividad de 7,2% además en el estudio mencionado se utilizó la misma escala para medir impulsividad que utilizamos en el presente estudio siendo las cifras encontradas muy cercanas a las del mencionado estudio, en el estudio realizado por **IRIARTE ATHINA N. (18)** si bien es cierto se utilizó el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), la cifras encontradas en nuestro estudio 6,2% para niveles elevados de impulsividad no distan de las encontradas por el mencionado estudio que fue de 8,3% para niveles elevados de impulsividad, **CANO PABLO ET AL (19)**, igualmente utilizaron incluso preguntas estructuradas abiertas para definir tendencia a la violencia en impulsividad con un cuestionario de salud mental adaptado, se encontró una tendencia a la violencia como conducta violenta en 18,7% de la muestra, cifra que dista a la encontrada por nosotros

pero que nos orienta hacia las implicancias en conductas violentas desencadenadas por impulsos, **RIOFRIO JUAN M., VILLEGAS MILUSCA R. (20)**, si bien utilizaron la Escala de Agresividad en la Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013), para la medida de conducta impulsiva encontraron una frecuencia de conducta impulsiva del 5,8% cifra que no dista de la encontrada en nuestro estudio para niveles elevados de impulsividad que fue del 6,2%, **BARBOSA YERALDIN ET AL. (21)**, si bien utilizaron la Escala de Impulsividad (UPPS) para la medición de impulsividad encontraron niveles de impulsividad elevados en el 10.2% cifra que si bien dista de la encontrada en nuestro estudio que fue de 6,2% para niveles de alta impulsividad, esto asumimos se debe a que se utilizó población adolescente con comorbilidad de ciberadicción, y que como describe la literatura revisada es más elevada en este tipo de adolescentes, **CORBÍ BEATRIZ ET AL (22)**, si bien utilizaron una escala diferente para la medida de impulsividad la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontraron niveles altos de impulsividad en el 4,8% de los adolescentes encuestados cifra que no dista de la encontrada en el presente estudio que fue de 6,2%.

En cuanto a las Características Epidemiológicas de la muestra de adolescentes encuestados: respecto a la edad (**Tabla y Grafico N°1**), muestra que el 89,7% de los adolescentes encuestados tiene un rango de edad de 18 años a menos, respecto al género (**Tabla y Grafico N°2**), muestra que el 52,8% de los adolescentes encuestados son de género masculino y el 47,2% son de género femenino, respecto al lugar de procedencia (**Tabla y Grafico N°3**), muestra que el 73,3% de los adolescentes encuestados declaran como lugar de Procedencia Arequipa frente al 26,7% que provienen de otros lugares, respecto a la religión (**Tabla y Grafico N°4**), muestra que el 80,0% de los adolescentes encuestados declaran ser de religión católica, el 12,8% cristianos, el 5,6% declaran tener otra religión y solo el 1,5% ser evangelistas, respecto al nivel de instrucción (**Tabla y Grafico N°5**), muestra que el 91,3% de los adolescentes encuestados declaran tener como nivel de instrucción secundaria completa, el 5,1% superior incompleta y solo el 3,6% secundaria incompleta.

Respecto al tipo de Consumo de Alcohol de la muestra medida mediante el Cuestionario CAGE para el consumo de alcohol (**Tabla y Grafico N°7**), muestra que

el 58,5% de los adolescentes encuestados se califican como No Bebedores, el 17,4% como bebedores sociales, el 17,4% tienen un consumo de riesgo y solo el 6,7% tienen un consumo perjudicial de alcohol.

CAMPOS-ARIAS ADALBERTO ET AL (24), en el estudio realizado en Colombia en el año 2009, con el objetivo de determinar la consistencia interna del cuestionario CAGE en adultos, encontraron aquellos que se califican como no bebedores en 12,3%, como bebedores sociales el 15,8%, el 18% tienen un consumo de riesgo y el 8% tienen un consumo perjudicial de alcohol; si bien se utilizó el mismo cuestionario para el tipo de consumo de alcohol CAGE, las cifras encontradas en nuestro trabajo son cercanas a las encontradas en el trabajo anteriormente mencionado, cabe resaltar que no se encontraron en la búsqueda bibliográfica trabajos que utilicen este cuestionario para medir el consumo de alcohol en adolescentes siendo este un aporte del presente trabajo de investigación.

En cuanto al Nivel de Impulsividad y la edad de la muestra de adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°8**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 2.243$) se aprecia que los niveles de impulsividad y la edad no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen menos de 18 años, y solo el 0,5% tienen 19 años; frente al 71,8% con baja impulsividad y con una edad menor a 18 años.

SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23), en el estudio realizado en Chile en el año 2013 utilizando la escala de Impulsividad de Barratt(BIS-11) encontraron niveles elevados de impulsividad en el 7,2% de los adolescentes participantes del estudio, de estos el mayor porcentaje 5,2% se encontraba en un rango de edad de entre 14 a 16 años y solo el 2% tenían más de 16 años, no encontrando relación estadística significativa entre ambas variables, **IRIARTE ATHINA N. (18)** si bien es cierto se utilizó el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), encontró niveles elevados de impulsividad en 8,3% de los adolescentes encuestados siendo la edad más frecuente el rango comprendido entre los 16 a 18 años con un 7,1%, no encontrando relación estadística significativa, **RIOFRIO JUAN M., VILLEGAS MILUSCA R. (20)**, si bien utilizaron la Escala de Agresividad en la

Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013), para la medida de conducta impulsiva encontraron una frecuencia de conducta impulsiva del 5,8% siendo la edad más frecuente la comprendida entre los 15 y los 17 años con un 5,1% no encontrando relación estadística significativa, **BARBOSA YERALDIN ET AL. (21)**, si bien utilizaron la Escala de Impulsividad (UPPS) para la medición de impulsividad encontraron niveles de impulsividad elevados en el 10.2% de la muestra utilizada siendo la edad más frecuente la comprendida entre los 16 a 18 años con 9,3% del total de adolescentes con niveles elevados de impulsividad, no hubo asociación estadística significativa entre ambas variables, por ultimo **CORBÍ BEATRIZ ET AL (22)**, si bien utilizaron una escala diferente para la medida de impulsividad la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontraron niveles altos de impulsividad en el 4,8% siendo la edad más frecuente la comprendida entre los 15 y 16 años de edad 4,1% del total de adolescentes con niveles elevados de impulsividad.

Con respecto a los trabajos citados anteriormente si bien es cierto solamente en uno de ellos se utilizó la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), coincidimos que los niveles de impulsividad son mucho más frecuentes en los adolescentes menores de 18 años y que no existe relación estadística significativa entre la edad y los niveles de impulsividad.

En cuanto al Nivel de Impulsividad y el Género de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°9**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 0.041$) se aprecia que los niveles de impulsividad y el género no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 3,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad son de Género tanto masculino y femenino respectivamente; frente al 49,7% con baja impulsividad y que son de género masculino y el 44,1% con baja impulsividad y que son de género femenino.

SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23), en el estudio realizado en Chile en el año 2013 utilizando la escala de Impulsividad de Barratt(BIS-11) encontraron niveles elevados de impulsividad en el 7,2%, de estos fue mucho más frecuente la presencia de niveles elevados de impulsividad en las adolescentes mujeres con un 3,9%, **IRIARTE ATHINA N. (18)** si bien es cierto utilizo el Cuestionario de Agresividad

Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), encontró niveles elevados de impulsividad en 8,3% de estos el 6,2% eran adolescentes de género femenino, no encontrando relación estadística significativa entre ambas variables.

De los estudios anteriormente mencionados, coincidimos en que no existe relación estadística significativa entre el género y los niveles de impulsividad, sin embargo los niveles elevados de impulsividad son mucho más frecuentes en el género femenino, hecho que no coincide con lo encontrado en el presente estudio, asumimos esto pueda deberse a las diferencias entre la población estudiada.

En relación al Nivel de impulsividad y el lugar de procedencia de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°10**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 20.291$) se aprecia que los niveles de impulsividad y el lugar de procedencia no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 4,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Arequipa, el 2,1% con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Otros; frente al 69,2% con Baja impulsividad y que son de Arequipa.

Si bien en la revisión de la literatura no se encontró ningún trabajo a nivel local que estudie la impulsividad, resaltamos la presencia de estos resultados en adolescentes procedentes de Arequipa, siendo este dato un aporte más del presente trabajo de investigación.

En relación al Nivel de impulsividad y la religión de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°11**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 4.777$) se aprecia que los niveles de impulsividad y la religión no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 5,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran ser de Religión católica, el 0,5% declaran ser respectivamente de religión evangelista y cristiana, frente al 74,9% de los adolescentes encuestados con Baja impulsividad y que declaran ser de religión católica.

CORBÍ BEATRIZ ET AL (22), si bien utilizaron una escala diferente para la medida de impulsividad la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontraron niveles altos de impulsividad en el 4,8% y de estos el 4% declararon ser de religión católica, y el 0,8% restante practicar otro tipo de religión, no encontraron relación estadística significativa entre ambas variables.

Respecto al anterior estudio mencionado fue el único que dentro de sus variables estudio la religión como factor asociado a los niveles de impulsividad, si bien coincidimos en que no existe asociación estadística significativa entre ambas variables, nuestras cifras porcentuales también son cercanas.

En relación al Nivel de impulsividad y el Nivel de Instrucción de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°12**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2 = 0.715$) se aprecia que los niveles de impulsividad y el Nivel de Instrucción no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$). Así mismo muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen Secundaria completa, y solo 0,5% con Alta impulsividad tienen Superior Incompleta; frente al 85,6% de los con Baja impulsividad y declaran tener Secundaria Completa, no presentando relación estadística significativa.

Respecto a los datos anteriormente descritos en todos los estudios revisados respecto a impulsividad la población que se utilizó fueron adolescentes, en ninguno de ellos se detalló el nivel de instrucción de la muestra, pero incluía adolescentes que se encontraban cursando estudios de Nivel secundario, siendo estos datos un aporte más del presente trabajo de investigación.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y la edad de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°13**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2 = 12.786$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y la edad presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$). Así mismo muestra que el 46,7% de los adolescentes encuestados no Bebedores tienen menos de 18 años, el 12,8% de bebedores sociales tienen menos de 18 años, el 11,3% con consumo de riesgo tienen

menos de 18 años y solo el 6,7% de los con Consumo perjudicial tienen menos de 18 años.

Respecto a los datos anteriormente encontrados, no se encontró en la revisión de trabajos alguno que relacione la edad con el tipo de consumo de Alcohol, sin embargo, la literatura descrita por **MARDOMINGO, MJ (11)**, **SOUTULLO, C., MARDOMINGO, MJ. (10)**, indica inicios precoces en el consumo de alcohol, con promedios de edades que fluctúan entre los 13 a 16 años para el inicio del consumo, y edades superiores para el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol por encima de los 16 años, coincidiendo cualitativamente con las cifras encontradas en el presente trabajo de investigación, además encontramos relación estadística significativa entre ambas variables que sustentan los inicios precoces de consumo y en edades superiores el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y el género de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°14**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 1.578$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el género presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Así mismo muestra que el 29,7% de los adolescentes no Bebedores son de género masculino, el 9,2% de los bebedores sociales y con consumo de riesgo son de género masculino, y solo el 4,6% de los con consumo perjudicial son también de género masculino.

Respecto a los datos descritos anteriormente, en la revisión de trabajos no encontramos alguno que relacione el género de los adolescentes estudiados y el tipo de consumo de alcohol de los mismos, sin embargo **MARDOMINGO, MJ (11)** describe mayor frecuencia de consumo en adolescentes varones, con relación aproximada de 2:1 a favor del género femenino, coincidiendo con lo encontrado en el presente trabajo de investigación, siendo un aporte más del presente trabajo.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y el lugar de procedencia de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°15**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 3.438$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el lugar de procedencia no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Así

mismo muestra que el 41,5% de los adolescentes no Bebedores proceden de Arequipa, el 14,9% de los bebedores sociales, el 11,8% de los con Consumo de Riesgo y el 5,1% de los con Consumo Perjudicial proceden también de Arequipa.

Respecto a los datos anteriormente descritos no se encontraron trabajos a nivel local que caractericen el consumo de alcohol en Adolescentes y lo relacionen con el lugar de procedencia, siendo este también un aporte del presente trabajo de investigación.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y la religión de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°16**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 11.709$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el lugar de procedencia no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 46,2% de los adolescentes no Bebedores son de religión católica, el 13,3% de los bebedores sociales, el 14,4% de los con Consumo de Riesgo y el 6,2% de los con Consumo Perjudicial todos declaran ser de religión católica.

Respecto a los datos anteriormente descritos, si bien no encontramos estudios que asocien ambas variables en adolescentes, la literatura como describe **MARDOMINGO, MJ (11)** indica como factor de protección frente al desarrollo de trastorno por consumo de sustancias a la religión, esto se corrobora con las cifras bajas de adolescentes calificados como bebedores sociales, con consumo de riesgo y consumo perjudicial que encontramos en el presente trabajo de investigación.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y el Nivel de Instrucción de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°17**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 17.236$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el Nivel de Instrucción presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Así mismo muestra que el 54,4% de los adolescentes no Bebedores declaran tener secundaria completa, el 15,4% de los bebedores sociales, el 14,9% de los con Consumo de Riesgo y el 6,7% de los con Consumo Perjudicial todos declaran tener secundaria completa.

Respecto a los datos anteriormente descritos si bien no encontramos trabajos que relacionen nivel de instrucción y el tipo de consumo de alcohol, **MARDOMINGO, MJ (11)**, señala que el desarrollo de este tipo de trastornos relacionados al uso de

alcohol como trastorno se inician posterior a los 16 años, edad que coincide con la edad promedio de término del nivel secundario en nuestro país, apoyando los datos encontrados en el presente estudio.

En relación al Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°18**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 4.797$) se aprecia que el Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Así mismo muestra que el 58,8% de los adolescentes con Baja Impulsividad son no bebedores, y el 2,6% de los con alta Impulsividad tienen un consumo de riesgo, frente al 14,9% de los con baja impulsividad y tienen también un consumo de riesgo.

Respecto a los resultados anteriormente obtenidos, **SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23)**, en el estudio realizado en Chile en el año 2013 utilizando la escala de Impulsividad de Barratt(BIS-11) encontraron niveles elevados de impulsividad en el 7,2% y describe una relación directa entre la presencia de niveles elevados de impulsividad y el riesgo de adoptar conductas una de estas es el consumo de alcohol, encontrando relación estadística significativa entre ambas variables, coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio.

En relación al Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°19**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 6,405$) se aprecia que el Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Al realizar el análisis de datos, se encuentra que existe relación estadística significativa entre el Nivel de Impulsividad y tipo de consumo de Alcohol, aceptando nuestra hipótesis: Que los niveles de Impulsividad predisponen de manera directa al tipo de Consumo de Alcohol afecta de manera considerable el nivel de Autoestima en los adolescentes de un Centro de Estudios Preuniversitario Arequipa, 2017.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: Un porcentaje bajo de adolescentes que corresponde al 6,2% presenta alta impulsividad, y la mayoría baja impulsividad.

SEGUNDA: Más del 50% de la muestra de Adolescentes del Centro de estudios Preuniversitario de la ciudad de Arequipa son No Bebedores, más de 1/3 son bebedores sociales, el 6,7% con consumo de riesgo y 6,7% con un consumo perjudicial.

TERCERA: Las características epidemiológicas más frecuentes en la muestra de Adolescentes de un Centro de estudios Preuniversitario de la ciudad de Arequipa fueron menores de 18 años de edad, de género masculino, procedentes de Arequipa, católicos, y con secundaria completa.

CUARTA: Existe asociación estadística significativa entre los niveles de Impulsividad y el Tipo de Consumo de Alcohol, las características epidemiológicas que demostraron asociación estadística significativa con el tipo de consumo de alcohol fueron la edad, el género y el nivel de instrucción, no se encontraron características epidemiológicas con asociación estadística significativa con los niveles de Impulsividad.

B. RECOMENDACIONES

PRIMERA:

- Se debe realizar un trabajo de investigación más profundo para caracterizar los Niveles de Impulsividad en los adolescentes no solo del Centro de Estudios Preuniversitario donde se realizó el presente estudio, este mismo debería involucrar a los directores de los Centros preuniversitarios de nuestra ciudad, con colaboración de la Facultad de Medicina Humana, la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, y de esta manera caracterizar las conductas impulsivas en adolescentes de mejor manera y con una población mayor, se debe realizar diagnóstico por parte de nuestra facultad e inicio de psicoterapia y charlas respecto al manejo de conductas impulsivas de manera conjunta con la Facultad de Psicología.

SEGUNDA:

- Establecer estrategias para evaluar, diagnosticar y dar tratamiento de darse el caso de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias en este caso específicamente con el uso de Alcohol, esto debe ser realizado de manera conjunta con la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología y la Oficina de Bienestar Universitario dando charlas de motivación e información respectiva a los riesgos del consumo de alcohol, además de identificar y dar tratamiento a aquellos adolescentes con problemas con el uso del mismo.

TERCERA:

- Con las recomendaciones anteriormente dadas y de manera conjunta con las Facultades de Medicina Humana y Psicología deberían instaurar un programa de atención específica en salud Mental del adolescente, realizando coordinaciones con instituciones educativas representativas de nuestra Ciudad y de los Centros Preuniversitarios de las Universidades más representativas de la Ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Belloch A., Sandin B., Ramos F. Manual de Psicopatología, McGraw-Hill/Interamericana-España ;2008. Cap.18 p.406-425
- 2.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 11 ed. Wolters Kluwer(NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers;2014. Cap.49 p.1258-63
- 3.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio Cateyes JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed.Corporacion para Investigaciones Biologicas;2010.Cap.13 p.168-172
- 4.-Dalley JW, Roiser JP. (2012). “Dopamine, serotonin and impulsivity”. Neuroscience, 215, 42-58.
- 5.-García Ribas, G. (2002). “Neuroanatomía de la impulsividad”. Psiquiatría Biológica, 9 (Supl. 2): 10-154.
- 6.-Arranz B, San Molina L. (2008) “Neurobiología de la impulsividad”. En: Ros S, Ed. Impulsividad. Ars Medica, Barcelona.
- 7.- Gil M, Roca M. (2000). “Psicopatología de la acción y la voluntad”. En: Luque R, Villagran JM, Eds. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Ed Trotta, Madrid.
- 9.- Philip F. Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura., Prentice Hall, Madrid; 2000. Cap. 8 p.173-81
- 10.- Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana;2010. Cap. 9 p.145-63
- 11.-Mardomingo, MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana; 2009. Cap. 24 p.931-936
- 12.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 13.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General Anales de Salud Mental Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima
- 14.- Pavlov KA, Chistiakov DA, Chekhonin VP. (2012). “Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans”. J Appl Genet. Feb; 53 (1): 61-82.

- 15.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 16.- Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator
- 17.- Becoña E., Vásquez F., Manual de psicología clínica infantil y del adolescente 4ed. Ediciones Pirámide – España; 2006. Cap.7.p. 213-233
- 18.- Iriarte A., Agresividad premeditada e impulsiva según estilos de socialización parental en adolescentes del Distrito de la Esperanza, Trujillo 2009, Tesis para obtener el título profesional de Psicólogo, UCV
- 19.- Cano, P., Gutiérrez, C., Nizama, J. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana, Rev. Perú. med. exp. salud publica [online]. 2009, vol.26, n.2 [citado 2017-01-19], pp. 175-181
- 20.- Riofrio J., Villegas M. Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes - Chiclayo, 2014. Rev. PAIAN VOL. 6 /N° 1. ISSN N°2313-3139/2015
- 21.- Barbosa, Y., Beltran, L., Fraile S., Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá, Tesis para obtener el Título de Psicólogo, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología, 2015
- 22.-Corbí B., Pérez, J., Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Dpto. de Psicología. Facultad de CC de la Salud. Universidad Camilo José Cela, Colombia 2009.
- 23.- Salvo L., Castro A., Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Rev. chil neuro-psiquiat 2013; 51 (4): 245-254
- 24.-Campo-Arias,A., Barros-Bermúdez,J., Rueda-Jaimes,G., Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 2 / 2009



ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Autor: Núñez Flores, Juan Carlos

Profesor(a) y asesor(a):

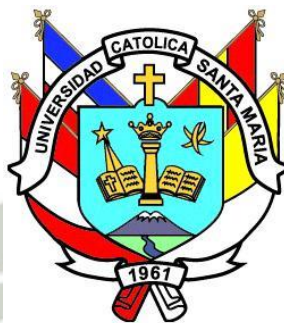
Dr. Ricardo Ibáñez Barreda

Arequipa - Perú

2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE IMPULSIVIDAD, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SU
ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA
POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE UN CENTRO PREUNIVERSITARIO,
AREQUIPA, 2017”**

Tesis presentado por el Bachiller:

JUAN CARLOS NÚÑEZ FLORES

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO-CIRUJANO

Asesor:

Dr. Ricardo Ibáñez Barreda

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis padres Carlos y Reina por su gran apoyo incondicional y por hacer que todo esto se haga realidad sin ninguna condición y con todo el amor del mundo el cual lo sentí desde el inicio de mi vida hasta ahora, de igual manera a mi hermana Mariela por siempre apoyarme y creer en mí en todo momento

A mi amor Emily y a mi hijo Carlitos por estar conmigo durante toda mi vida universitaria y saber sobrellevar los buenos y malos momentos que pasaron junto a mí y por su perseverancia y apoyo que tuvieron conmigo hasta este momento

Gracias

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	11
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	31
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	47
ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	48
ANEXO 2: Matriz de Datos.....	114

RESUMEN

El presente trabajo se realizó para determinar el Nivel de Impulsividad, las características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

Utilizando un estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 200 estudiantes adolescentes, de los cuales 195 llenaron de manera correcta los instrumentos, estos tenían una edad comprendida entre menos de 18 años a 20 años, que asistían al Centro de Estudios Pre-Universitario de la Universidad Católica de Santa María, durante el mes de febrero del 2017. A cada estudiante adolescente se le aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y el cuestionario CAGE para consumo de Alcohol. Se determinó el Nivel de Impulsividad, el tipo de Consumo de alcohol, y las características epidemiológicas y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X^2 y $P < 0.05$.

Encontrando que de los 195 adolescentes: el nivel alto de impulsividad fue 12(6,2%), el tipo de consumo de alcohol fue para No bebedor 114(58,5%), bebedor social 34(17,4%), consumo de riesgo 34(17,4%) y consumo perjudicial 13(6,7%), se estableció relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre el tipo de consumo de Alcohol con la edad, el género y el nivel de instrucción. Respecto a la asociación entre Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol este sí mostró significancia estadística con $X^2 = 6.530$ $P < 0.05$.

Concluyendo que los niveles de Impulsividad encontrados en el presente estudio son coincidentes con los encontrados en otros estudios, el tipo de Consumo de Alcohol más frecuente es el de bebedor social. Respecto a los Niveles de Impulsividad este influye de manera directa en el tipo de consumo de Alcohol de los adolescentes.

Impulsividad, adolescentes, consumo de alcohol

ABSTRACT

This study made to determine the Level of Impulsiveness, the epidemiological characteristics and its association with the type of Alcohol Consume in a population of adolescents of a Pre-University Center, Arequipa, 2017.

It used a descriptive, observational, transverse and simple association study. A total of 200 teenage students were surveyed, 195 of whom correctly filled out the instruments, ranging from 18 years to 20 years old, who attended the Pre-University Studies Center of the Catholic University of Santa Maria, during the February of 2017. A socio-demographic data questionnaire, Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and CAGE questionnaire for alcohol consumption were administered to each adolescent student. The Impulsiveness Level, the type of Alcohol Consumption, and the epidemiological characteristics and the relationship between the study variables were determined using the X2 test and $P < 0.05$.

It found of the 195 adolescents: the high level of impulsivity was 12 (6.2%), the type of alcohol consumption was for non-drinkers 114 (58.5%), social drinkers 34 (17.4%), 34 (17.4%) and harmful consumption 13 (6.7%), a significant statistical relationship ($P < 0.05$) was established between the type of alcohol consumption with age, gender and educational level. Regarding the association between Impulsivity Level and Alcohol Consumption, this one showed statistical significance with $X^2 = 6,530$ $P < 0.05$.

It concluded the levels of Impulsivity found in the present study coincide with those found in other studies, the most frequent type of alcohol consumption is that of social drinkers. Regarding the Levels of Impulsiveness, this has a direct influence on the type of alcohol consumption of adolescents.

Impulsivity, adolescents, alcohol consume

INTRODUCCIÓN

La impulsividad se define como conducta adaptativa que puede sustraernos de distintas amenazas, especialmente cuando la reacción impulsiva se produce en situaciones donde lo más prudente es activar un comportamiento en “modo ataque-huida”. El peligro inminente requiere una respuesta inmediata. No obstante, estos reflejos conductuales pueden ser disfuncionales en el mundo complejo de interrelaciones en el que vivimos hoy los seres humanos, y específicamente los adolescentes que experimentan una etapa de cambios muy susceptibles a desarrollar psicopatología estas pautas de comportamiento incluida la impulsividad puede alejarse del contexto ambiental en el que inicialmente se desarrollaron para la supervivencia. El impulso nos ayuda a ser curiosos y creativos, a cambiar y adaptarnos. Pero una constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración puede desembocar en conductas impulsivas disfuncionales.

Los trastornos por consumo de sustancias, son muy frecuentes en la población general, y especialmente importantes en la adolescencia, según la encuesta de Devida del año 2014 aproximadamente 80% de la población de adolescentes han consumido alguna vez algún tipo de droga, dentro de estas el alcohol figura como una de las más accesibles y de fácil desarrollo de dependencia y tolerancia, los factores conductuales en el desarrollo del consumo del mismo son importantes, siendo uno de estos la impulsividad, siendo mucho más frecuente el uso y abuso de sustancias en personas con elevados niveles de la misma, es por tal motivo mi interés de estudiar la asociación entre estos factores.

CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos epidemiológicos (Anexo 1), la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) (Anexo 2) y Cuestionario para consumo de alcohol CAGE (Anexo 3), los cuales nos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La investigación fue realizada en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizó entre los meses de Enero del 2017 y Marzo del 2017.

2.3. Unidades de estudio:

Se estudió a la población adolescente incluida dentro del alumnado inscrito en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.4. Población:

Todos los adolescentes inscritos en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Estudiante inscrito en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- Participación voluntaria en el estudio
- Llenado correcto de encuestas

- **Criterios Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María para obtener la autorización para realizar el estudio.
- Se informó a los estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María acerca de la forma correcta de llenado de la ficha de recolección de datos epidemiológicos, la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) y el Cuestionario para consumo de alcohol (CAGE) posteriormente se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y análisis.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

3.2 Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 y el Anexo 3 fueron codificados y tabulados de manera alfa-numérica para su análisis y posterior interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2014, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2014 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.24.0.

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado X^2 y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística significativa entre las variables cualitativas evaluadas.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

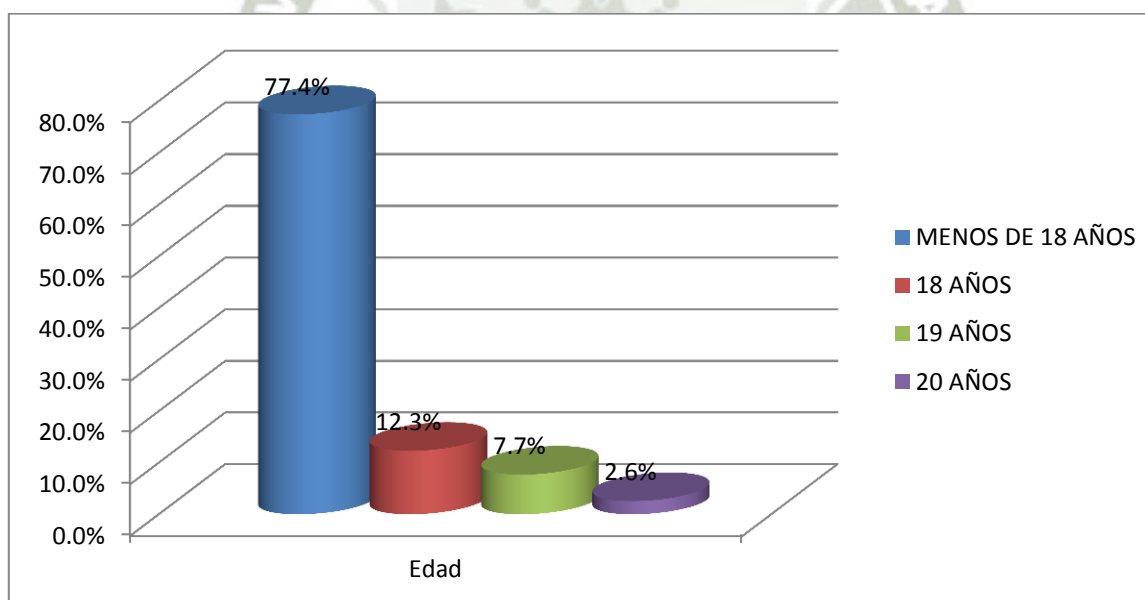
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°1

Edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

EDAD	f	%
MENOS DE 18 AÑOS	151	77,4
18 AÑOS	24	12,3
19 AÑOS	15	7,7
20 AÑOS	5	2,6
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°1, muestra que el 89,7% de los adolescentes encuestados tiene un rango de edad de 18 años a menos.



Fuente: Elaboración propia

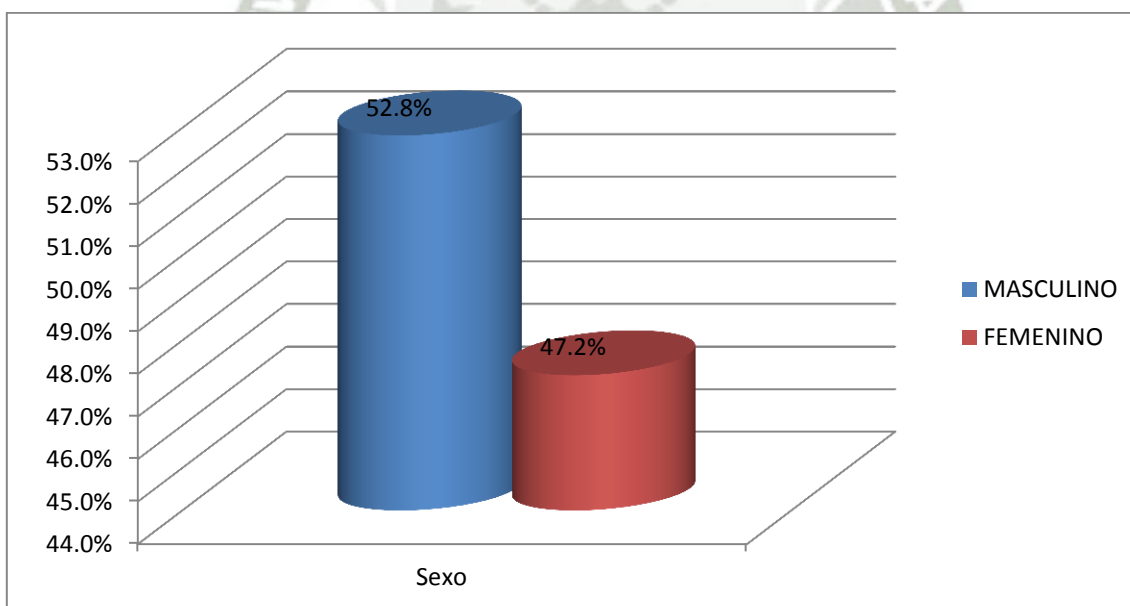
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°2

Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

GÉNERO	f	%
MASCULINO	103	52,8
FEMENINO	92	47,2
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°2, muestra que el 52,8% de los adolescentes encuestados son de género masculino y el 47,2% son de género femenino.



Fuente: Elaboración propia

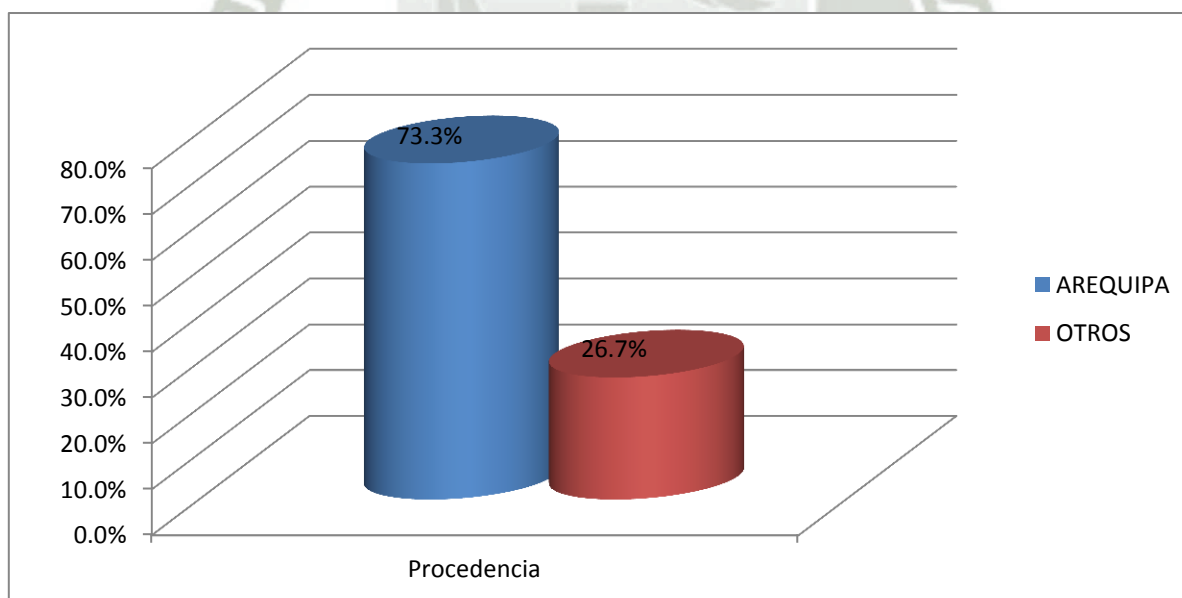
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°3

Lugar de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Lugar de Procedencia	F	%
AREQUIPA	143	73,3
OTROS	52	26,7
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°3, muestra que el 73,3% de los adolescentes encuestados declaran como lugar de Procedencia Arequipa frente al 26,7% que provienen de otros lugares.



Fuente: Elaboración propia

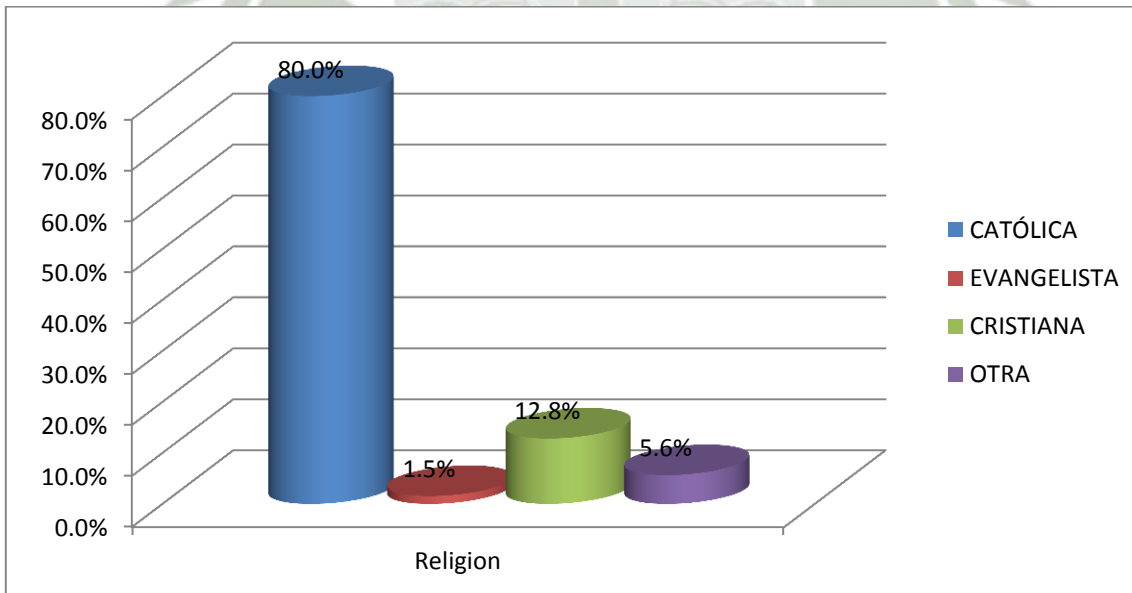
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°4

Religión de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Religión	f	%
CATÓLICA	156	80,0
EVANGELISTA	3	1,5
CRISTIANA	25	12,8
OTRA	11	5,6
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°4, muestra que el 80,0% de los adolescentes encuestados declaran ser de religión católica, el 12,8% cristianos, el 5,6% declaran tener otra religión y solo el 1,5% ser evangelistas.



Fuente: Elaboración propia

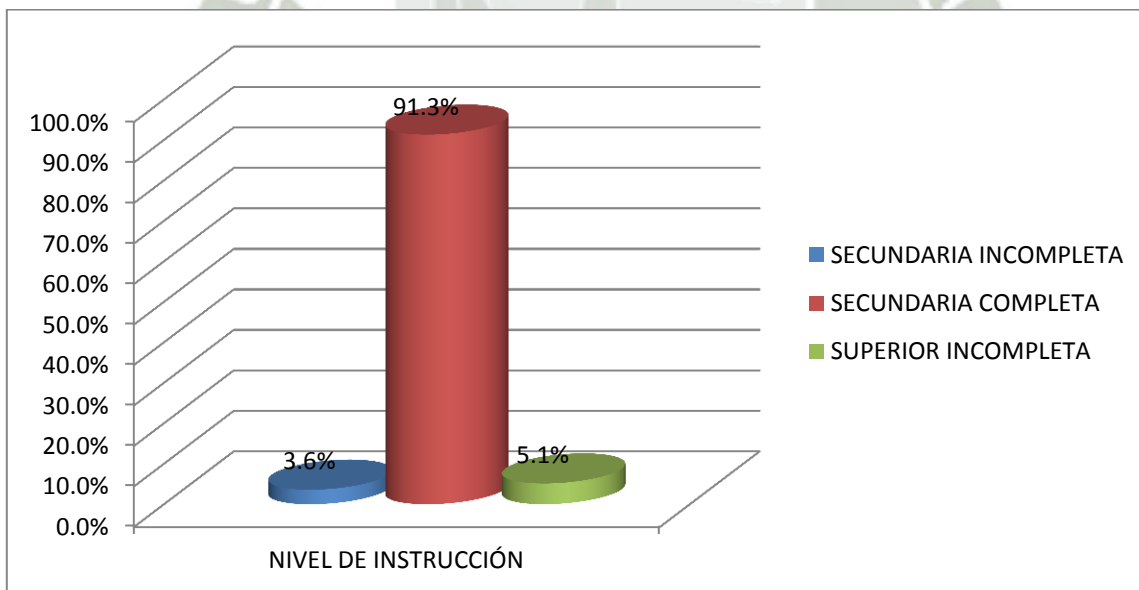
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°5

Nivel de Instrucción de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Nivel de Instrucción	f	%
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	3,6
SECUNDARIA COMPLETA	178	91,3
SUPERIOR INCOMPLETA	10	5,1
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°5, muestra que el 91,3% de los adolescentes encuestados declaran tener como nivel de instrucción secundaria completa, el 5,1% superior incompleta y solo el 3,6% secundaria incompleta.



Fuente: Elaboración propia

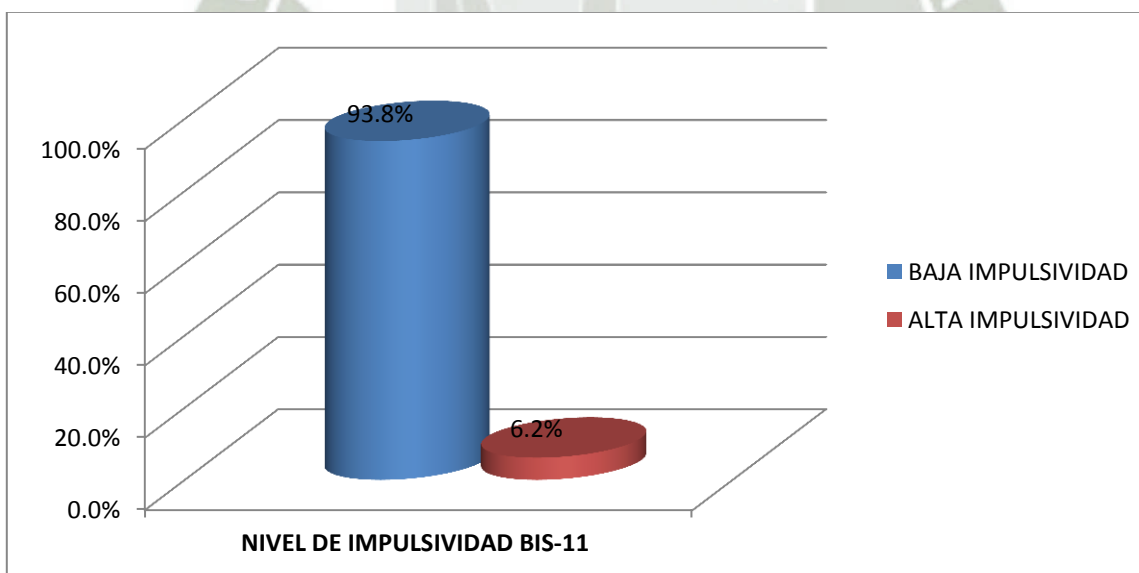
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°6

Nivel de Impulsividad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Nivel de Impulsividad (BIS-11)	f	%
BAJA IMPULSIVIDAD	183	93,8
ALTA IMPULSIVIDAD	12	6,2
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°6, muestra que el 93,8% de los adolescentes encuestados tienen un Nivel de baja impulsividad frente al 6,2% que tienen alta impulsividad.



Fuente: Elaboración propia

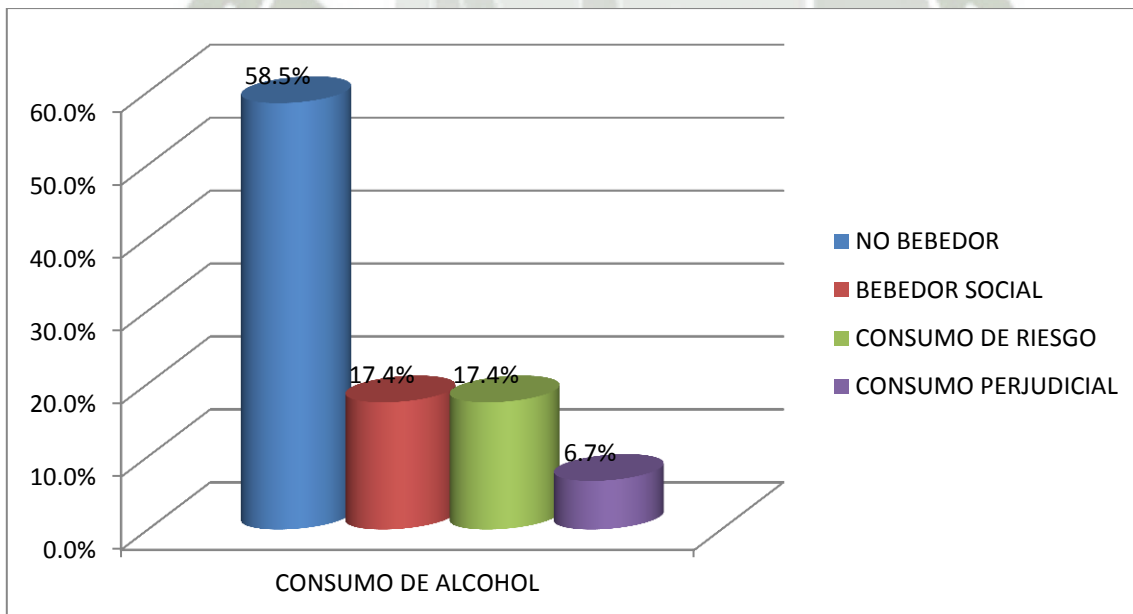
“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°7

Tipo de Consumo de Alcohol de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

Tipo de Consumo de Alcohol	f	%
NO BEBEDOR	114	58,5
BEBEDOR SOCIAL	34	17,4
CONSUMO DE RIESGO	34	17,4
CONSUMO PERJUDICIAL	13	6,7
Total	195	100,0

La Tabla y Grafico N°7, muestra que el 58,5% de los adolescentes encuestados se califican como No Bebedores, el 17,4% como bebedores sociales, el 17,4% tienen un consumo de riesgo y solo el 6,7% tienen un consumo perjudicial de alcohol.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°8

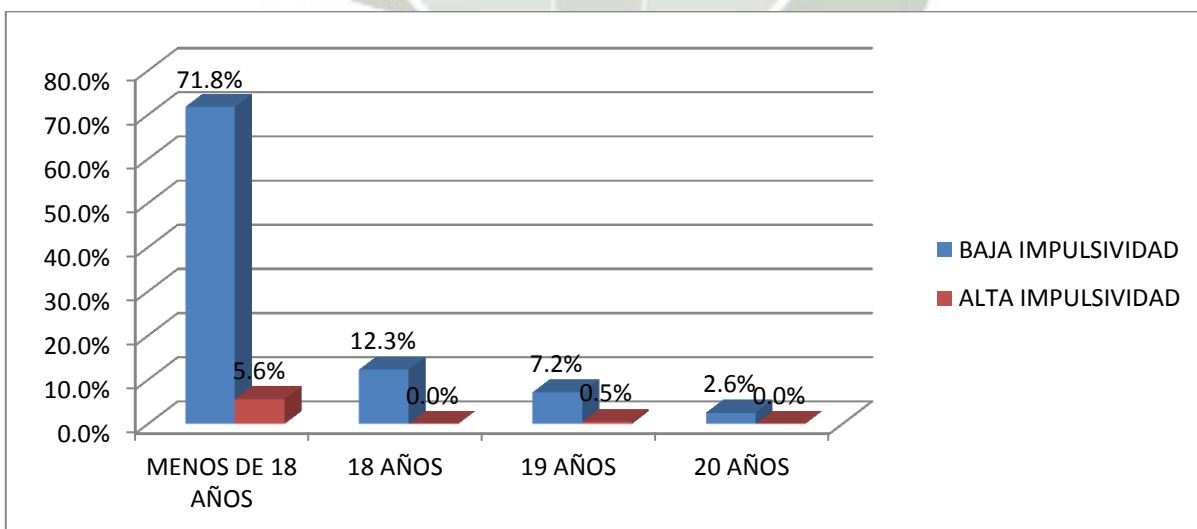
Relacion entre Nivel de Impulsividad y la Edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	F	%
Edad	MENOS DE 18 AÑOS	140	71,8	11	5,6	151	77,4
	18 AÑOS	24	12,3	0	0,0	24	12,3
	19 AÑOS	14	7,2	1	0,5	15	7,7
	20 AÑOS	5	2,6	0	0,0	5	2,6
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

Chi²=2.243

p= 0.0520

La Tabla y Grafico N°8, muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen menos de 18 años, y solo el 0,5% tienen 19 años; frente al 71,8% con baja impulsividad y con una edad menor a 18 años, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°9

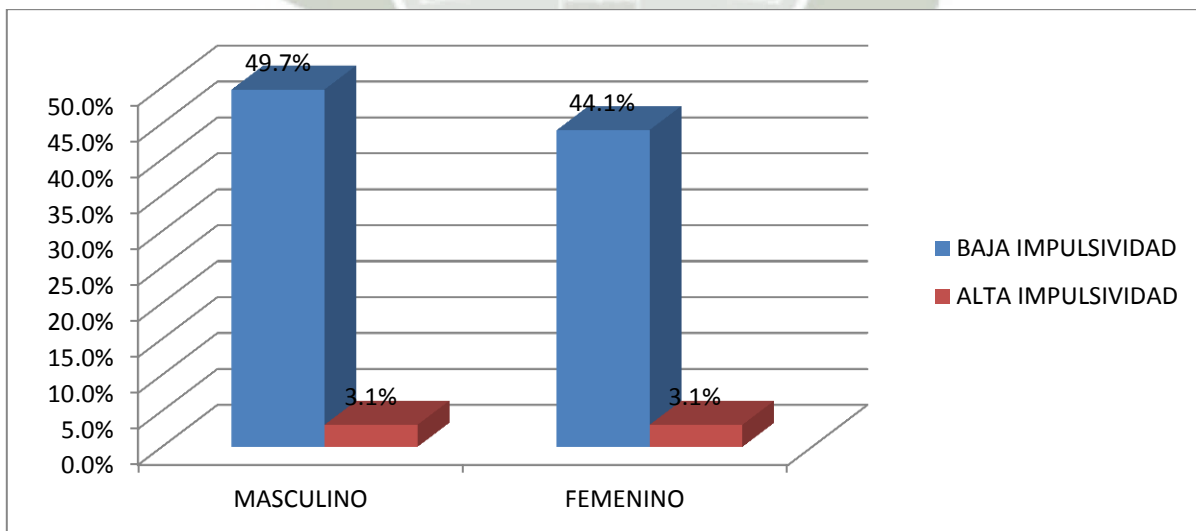
Relacion entre Nivel de Impulsividad y el Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	f	%
Género	MASCULINO	97	49,7	6	3,1	103	52,8
	FEMENINO	86	44,1	6	3,1	92	47,2
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=0.041$

$p= 0.840$

La Tabla y Grafico N°9, muestra que el 3,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad son de Género tanto masculino y femenino respectivamente; frente al 49,7% con baja impulsividad y que son de género masculino y el 44,1% con baja impulsividad y que son de género femenino, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°10

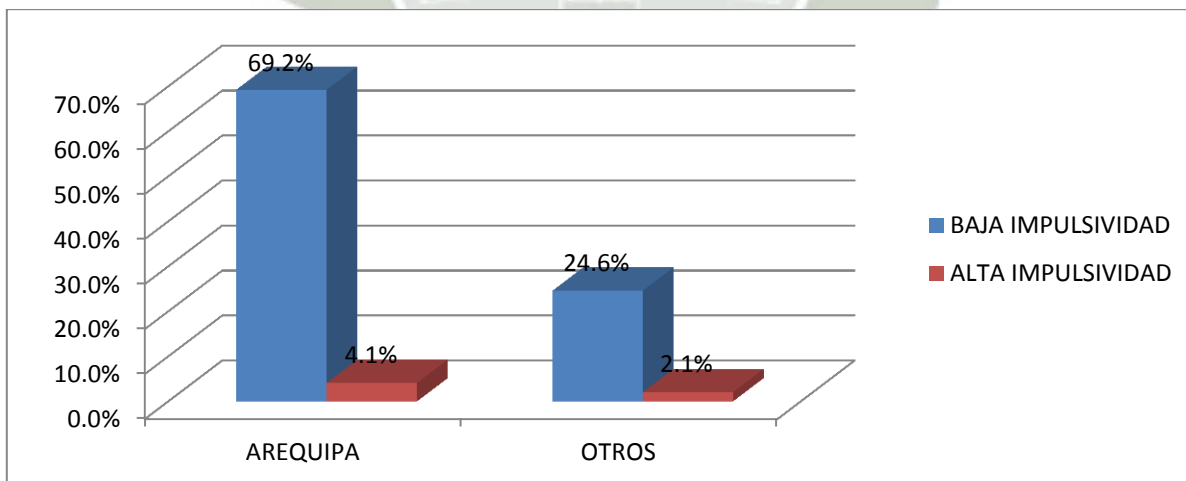
Relación entre Nivel de Impulsividad y lugar de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total			
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD		f		%	
		f	%	f	%				
Lugar de Procedencia	AREQUIPA	135	69,2	8	4,1	143	73,3		
	OTROS	48	24,6	4	2,1	52	26,7		
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0		

$\chi^2=20.291$

$p= 0.590$

La Tabla y Grafico N°10, muestra que el 4,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Arequipa, el 2,1% con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Otros; frente al 69,2% con Baja impulsividad y que son de Arequipa, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°11

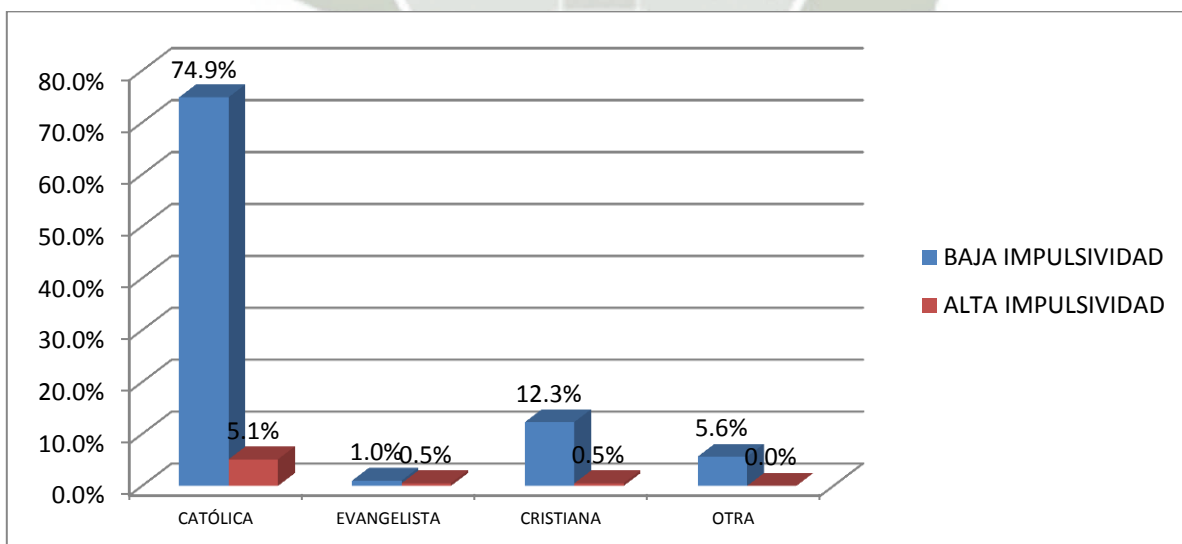
Relación entre Nivel de Impulsividad y Religión de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	F	%
Religión	CATÓLICA	146	74,9	10	5,1	156	80,0
	EVANGELISTA	2	1,0	1	0,5	3	1,5
	CRISTIANA	24	12,3	1	0,5	25	12,8
	OTRA	11	5,6	0	0,0	11	5,6
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=4.777$

$p= 0.189$

La Tabla y Grafico N°11, muestra que el 5,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran ser de Religión católica, el 0,5% declaran ser respectivamente de religión evangelista y cristiana, frente al 74,9% de los adolescentes encuestados con Baja impulsividad y que declaran ser de religión católica, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°12

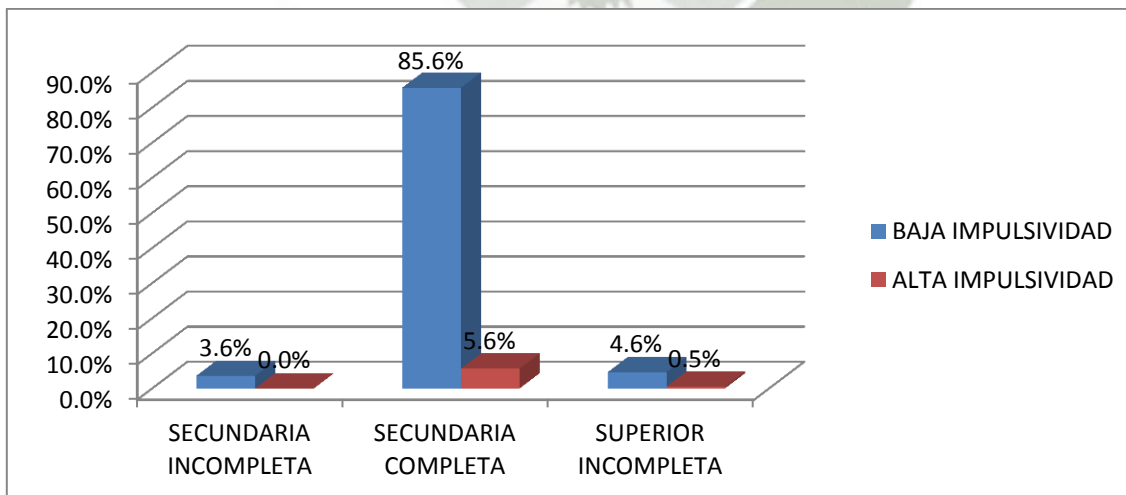
Relación entre Nivel de Impulsividad y Nivel de Instrucción de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA INCOMPLETA	7	3,6	0	0,0	7	3,6
	SECUNDARIA COMPLETA	167	85,6	11	5,6	178	91,3
	SUPERIOR INCOMPLETA	9	4,6	1	0,5	10	5,1
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=0.715$

$p= 0.699$

La Tabla y Grafico N°12, muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen Secundaria completa, y solo 0,5% con Alta impulsividad tienen Superior Incompleta; frente al 85,6% de los con Baja impulsividad y declaran tener Secundaria Completa, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°13

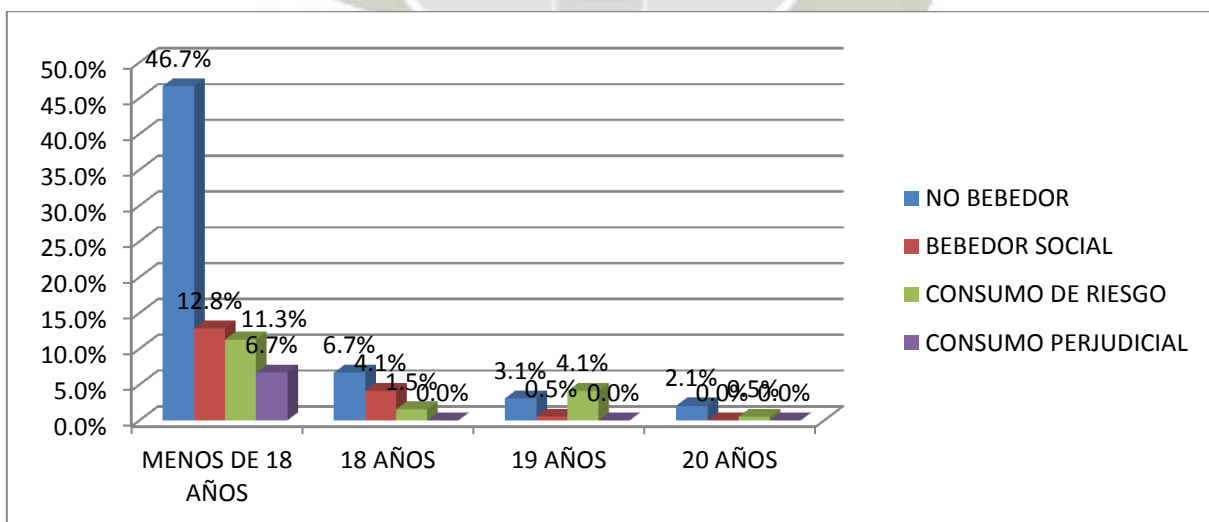
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y la edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Edad	MENOS DE 18 AÑOS	91	46,7	25	12,8	22	11,3	13	6,7	151	77,4
	18 AÑOS	13	6,7	8	4,1	3	1,5	0	0,0	24	12,3
	19 AÑOS	6	3,1	1	0,5	8	4,1	0	0,0	15	7,7
	20 AÑOS	4	2,1	0	0,0	1	0,5	0	0,0	5	2,6
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

$\chi^2=12.786$

$p= 0.007$

La Tabla y Grafico N°13, muestra que el 46,7% de los adolescentes encuestados no Bebedores tienen menos de 18 años, el 12,8% de bebedores sociales tienen menos de 18 años, el 11,3% con consumo de riesgo tienen menos de 18 años y solo el 6,7% de los con Consumo perjudicial tienen menos de 18 años, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°14

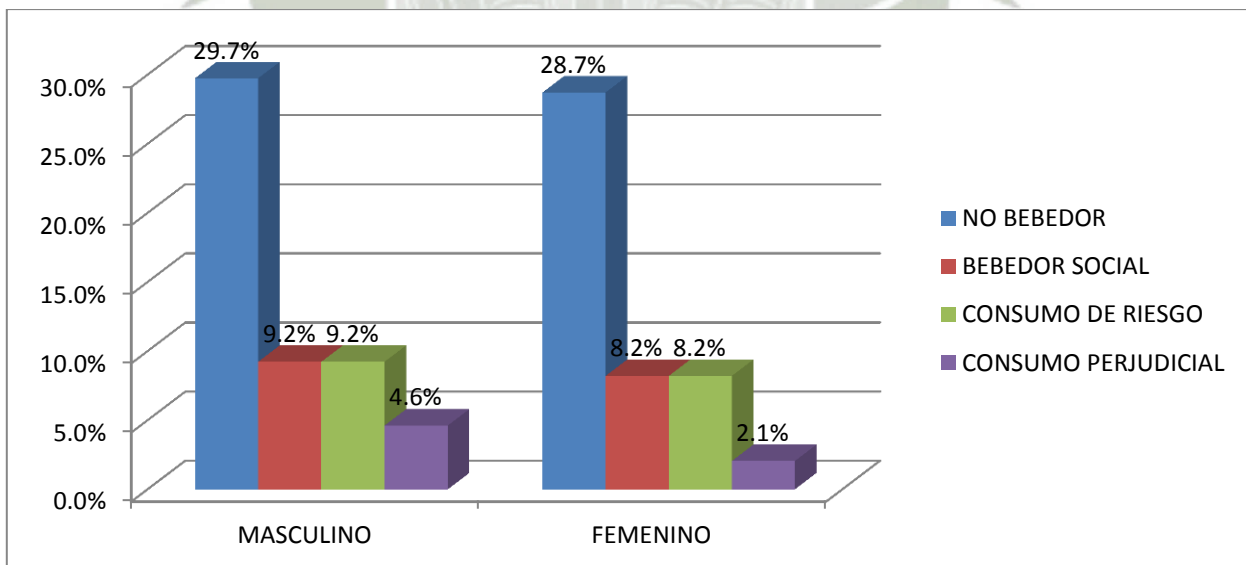
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y el Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo	MASCULINO	58	29,7	18	9,2	18	9,2	9	4,6	103	52,8
	FEMENINO	56	28,7	16	8,2	16	8,2	4	2,1	92	47,2
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

$\chi^2=1.578$

$p= 0.046$

La Tabla y Grafico N°14, muestra que el 29,7% de los adolescentes no Bebedores son de género masculino, el 9,2% de los bebedores sociales y con consumo de riesgo son de género masculino, y solo el 4,6% de los con consumo perjudicial son también de género masculino, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°15

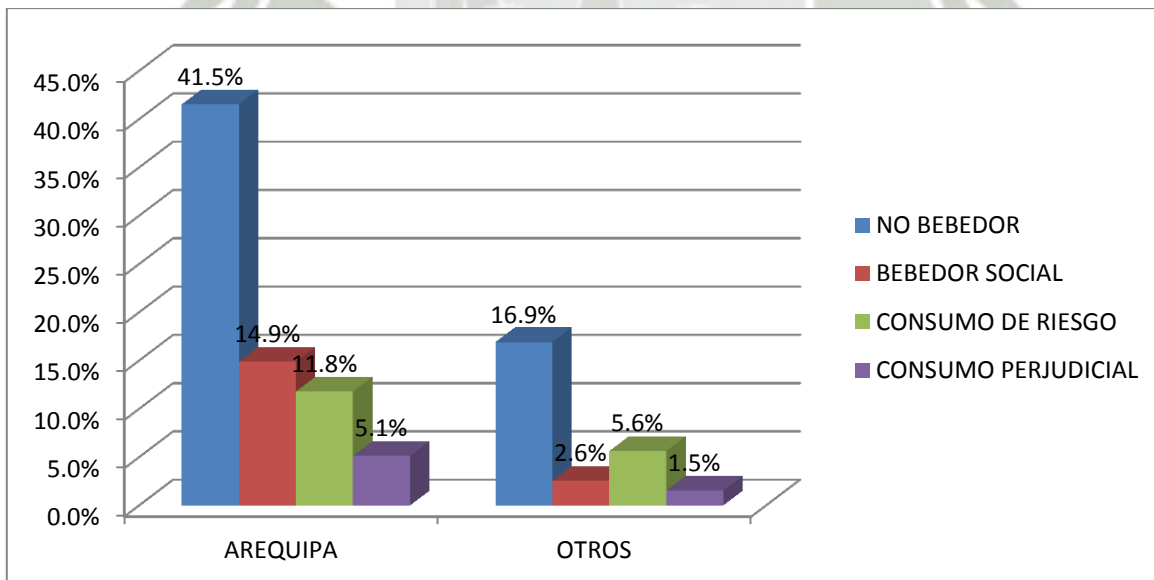
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Procedencia	AREQUIPA	81	41,5	29	14,9	23	11,8	10	5,1	143	73,3
	OTROS	33	16,9	5	2,6	11	5,6	3	1,5	52	26,7
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

$\chi^2=3.438$

$p= 0.329$

La Tabla y Grafico N°15, muestra que el 41,5% de los adolescentes no Bebedores proceden de Arequipa, el 14,9% de los bebedores sociales, el 11,8% de los con Consumo de Riesgo y el 5,1% de los con Consumo Perjudicial proceden también de Arequipa, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°16

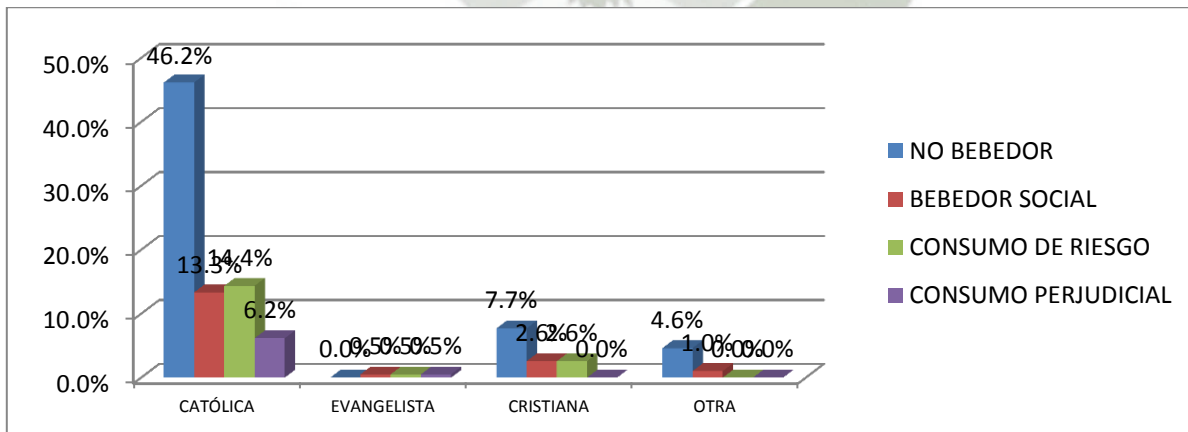
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y la Religión de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	f	%	F	%		
Religión	CATÓLICA	90	46,2	26	13,3	28	14,4	12	6,2	156	80,0
	EVANGELISTA	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5	3	1,5
	CRISTIANA	15	7,7	5	2,6	5	2,6	0	0,0	25	12,8
	OTRA	9	4,6	2	1,0	0	0,0	0	0,0	11	5,6
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

Chi²=11.709

p= 0.230

La Tabla y Grafico N°16, muestra que el 46,2% de los adolescentes no Bebedores son de religión católica, el 13,3% de los bebedores sociales, el 14,4% de los con Consumo de Riesgo y el 6,2% de los con Consumo Perjudicial todos declaran ser de religión católica, no presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°17

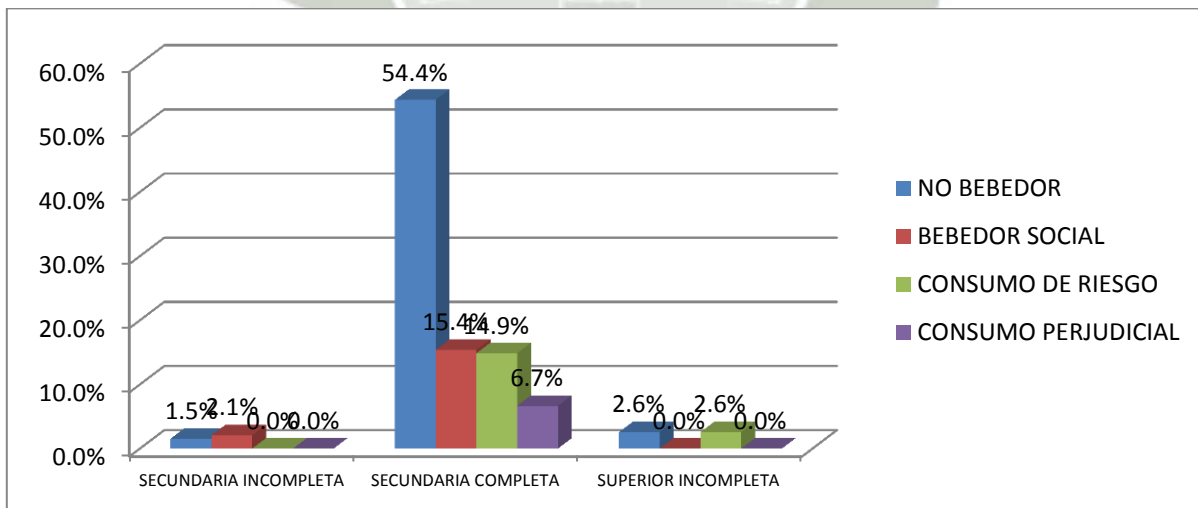
Relación entre el Tipo de Consumo de Alcohol y el Nivel de Instrucción de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		CONSUMO DE ALCOHOL								Total	
		NO BEBEDOR		BEBEDOR SOCIAL		CONSUMO DE RIESGO		CONSUMO PERJUDICIAL			
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA INCOMPLETA	3	1,5	4	2,1	0	0,0	0	0,0	7	3,6
	SECUNDARIA COMPLETA	106	54,4	30	15,4	29	14,9	13	6,7	178	91,3
	SUPERIOR INCOMPLETA	5	2,6	0	0,0	5	2,6	0	0,0	10	5,1
Total		114	58,5	34	17,4	34	17,4	13	6,7	195	100,0

Chi²=17.236

p= 0.008

La Tabla y Grafico N°17, muestra que el 54,4% de los adolescentes no Bebedores declaran tener secundaria completa, el 15,4% de los bebedores sociales, el 14,9% de los con Consumo de Riesgo y el 6,7% de los con Consumo Perjudicial todos declaran tener secundaria completa, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°18

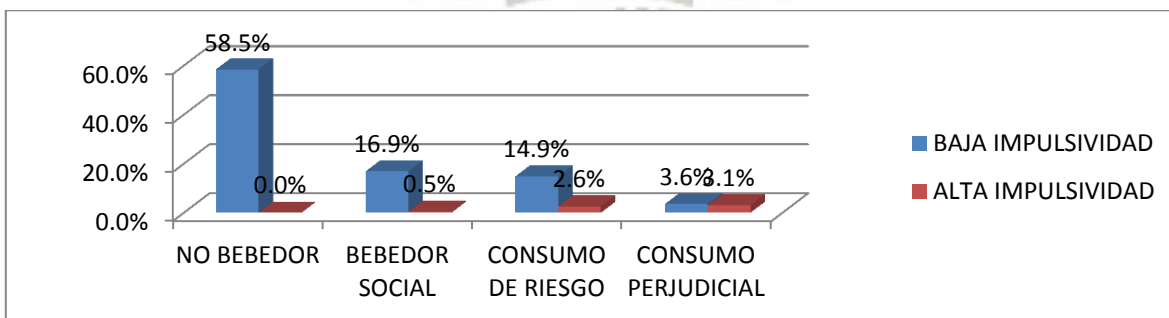
Relación entre el Nivel de Impulsividad y el Tipo de Consumo de Alcohol de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

		BIS-11				Total	
		BAJA IMPULSIVIDAD		ALTA IMPULSIVIDAD			
		f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE ALCOHOL	NO BEBEDOR	114	58,5	0	0,0	114	58,5
	BEBEDOR SOCIAL	33	16,9	1	0,5	34	17,4
	CONSUMO DE RIESGO	29	14,9	5	2,6	34	17,4
	CONSUMO PERJUDICIAL	7	3,6	6	3,1	13	6,7
Total		183	93,8	12	6,2	195	100,0

$\chi^2=4.797$

$p= 0.004$

La Tabla y Grafico N°18, muestra que el 58,8% de los adolescentes con Baja Impulsividad son no bebedores, y el 2,6% de los con alta Impulsividad tienen un consumo de riesgo, frente al 14,9% de los con baja impulsividad y tienen también un consumo de riesgo, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Tabla y Grafico N°19

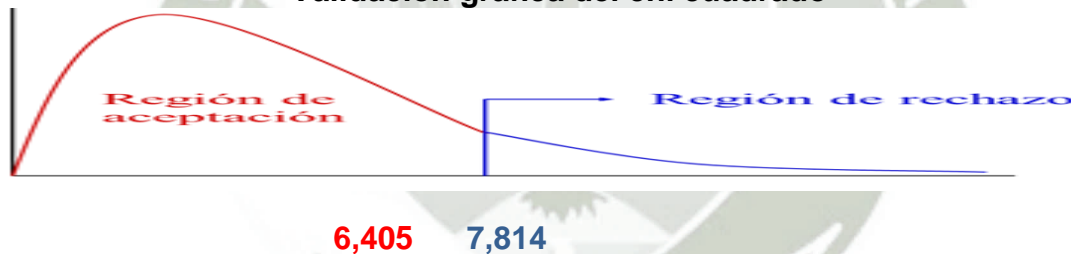
Relación entre el Nivel de Impulsividad y el Tipo de Consumo de Alcohol de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,405 ^a	3	0,000
Razón de verosimilitudes	4,797	3	0,000
Asociación lineal por lineal	6,451	1	0,000
N de casos válidos	195		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.

Validación grafica del chi cuadrado



Fuente: Base de datos

Interpretación

Al realizar el análisis de datos, se encuentra que existe relación estadística significativa entre el Nivel de Impulsividad y tipo de consumo de Alcohol, aceptando nuestra hipótesis: Que los niveles de Impulsividad predisponen de manera directa al tipo de Consumo de Alcohol afecta de manera considerable en los adolescentes de un Centro de Estudios Preuniversitario Arequipa, 2017.

Fuente: Elaboración Propia



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio incluyó a los estudiantes adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 200 estudiantes adolescentes de los cuales 5 no llenaron en forma correcta la encuesta suministrada. Se evaluaron al final en total 195 encuestas que cumplieron con el llenado correcto y completo de los instrumentos suministrados.

En cuanto al Nivel de Impulsividad utilizando la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) (**Tabla y Grafico 6**), muestra que el 93,8% de los adolescentes encuestados tienen un Nivel de baja impulsividad frente al 6,2% que tienen alta impulsividad.

IRIARTE ATHINA N. (18), en el estudio que realizó en la ciudad de Trujillo en el año 2009, para identificar las diferencias en la agresividad premeditada e impulsiva según los estilos de socialización parental en adolescentes utilizando la Escala de Estilos de Socialización Parental (ESPA29) y el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), se encontró que el 8,3% de los participantes del estudio presentaban niveles elevados de impulsividad.

CANO PABLO ET AL (19), en el estudio que realizó en la ciudad de Pucallpa en el año 2008, para determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares donde se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado, se encontró una tendencia a la violencia como conducta violenta en 18,7% de la muestra.

RIOFRIO JUAN M., VILLEGAS MILUSCA R. (20), en el estudio realizado en la ciudad de Chiclayo el año 2014, para determinar la relación entre Adaptabilidad-Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes, utilizando la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, adaptado por Martínez (2013) y la Escala de Agresividad en la Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013), se encontró una frecuencia de conducta impulsiva del 5,8% en los adolescentes participantes del estudio.

BARBOSA YERALDIN ET AL. (21), en el estudio realizado en Colombia el año 2015, con el objetivo de describir y analizar la relación entre impulsividad y la

dependencia al internet y el teléfono móvil utilizando la Escala de Impulsividad (UPPS), Cuestionarios de Parámetros de uso de internet y celular, así como el Test de dependencia al móvil (TDM) y el Test de dependencia a Internet (TDI), se encontraron niveles de impulsividad elevados en el 10.2% de los adolescentes encuestados.

CORBÍ BEATRIZ ET AL (22), en el estudio realizado en Colombia el año 2009, para explorar los efectos que la impulsividad, medida por la Escala de Impulsividad de Plutchik, puede tener en la ansiedad, medida por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-J; encontró niveles altos de impulsividad en el 4,8% de los adolescentes encuestados.

SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23), en el estudio realizado en Chile en el año 2013, con el objetivo de describir la confiabilidad y validez de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes chilenos se encontró niveles elevados de impulsividad en el 7,2% de los adolescentes participantes del estudio.

Con respecto a los trabajos mencionados anteriormente anteriores, si bien solo en uno de estos se utilizó la escala que se utiliza en el presente trabajo para la medida de Impulsividad: la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), y en los restantes se utilizó diferentes instrumentos para caracterizar la impulsividad las cifras encontradas en nuestro trabajo en relación a niveles elevados de impulsividad 6,2% se aproximan al trabajo realizado por **SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23)**, con niveles elevados de impulsividad de 7,2% además en el estudio mencionado se utilizó la misma escala para medir impulsividad que utilizamos en el presente estudio siendo las cifras encontradas muy cercanas a las del mencionado estudio, en el estudio realizado por **IRIARTE ATHINA N. (18)** si bien es cierto se utilizó el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), la cifras encontradas en nuestro estudio 6,2% para niveles elevados de impulsividad no distan de las encontradas por el mencionado estudio que fue de 8,3% para niveles elevados de impulsividad, **CANO PABLO ET AL (19)**, igualmente utilizaron incluso preguntas estructuradas abiertas para definir tendencia a la violencia en impulsividad con un cuestionario de salud mental adaptado, se encontró una tendencia a la violencia como conducta violenta en 18,7% de la muestra, cifra que dista a la encontrada por nosotros

pero que nos orienta hacia las implicancias en conductas violentas desencadenadas por impulsos, **RIOFRIO JUAN M., VILLEGAS MILUSCA R. (20)**, si bien utilizaron la Escala de Agresividad en la Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013), para la medida de conducta impulsiva encontraron una frecuencia de conducta impulsiva del 5,8% cifra que no dista de la encontrada en nuestro estudio para niveles elevados de impulsividad que fue del 6,2%, **BARBOSA YERALDIN ET AL. (21)**, si bien utilizaron la Escala de Impulsividad (UPPS) para la medición de impulsividad encontraron niveles de impulsividad elevados en el 10.2% cifra que si bien dista de la encontrada en nuestro estudio que fue de 6,2% para niveles de alta impulsividad, esto asumimos se debe a que se utilizó población adolescente con comorbilidad de ciberadicción, y que como describe la literatura revisada es más elevada en este tipo de adolescentes, **CORBÍ BEATRIZ ET AL (22)**, si bien utilizaron una escala diferente para la medida de impulsividad la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontraron niveles altos de impulsividad en el 4,8% de los adolescentes encuestados cifra que no dista de la encontrada en el presente estudio que fue de 6,2%.

En cuanto a las Características Epidemiológicas de la muestra de adolescentes encuestados: respecto a la edad (**Tabla y Grafico N°1**), muestra que el 89,7% de los adolescentes encuestados tiene un rango de edad de 18 años a menos, respecto al género (**Tabla y Grafico N°2**), muestra que el 52,8% de los adolescentes encuestados son de género masculino y el 47,2% son de género femenino, respecto al lugar de procedencia (**Tabla y Grafico N°3**), muestra que el 73,3% de los adolescentes encuestados declaran como lugar de Procedencia Arequipa frente al 26,7% que provienen de otros lugares, respecto a la religión (**Tabla y Grafico N°4**), muestra que el 80,0% de los adolescentes encuestados declaran ser de religión católica, el 12,8% cristianos, el 5,6% declaran tener otra religión y solo el 1,5% ser evangelistas, respecto al nivel de instrucción (**Tabla y Grafico N°5**), muestra que el 91,3% de los adolescentes encuestados declaran tener como nivel de instrucción secundaria completa, el 5,1% superior incompleta y solo el 3,6% secundaria incompleta.

Respecto al tipo de Consumo de Alcohol de la muestra medida mediante el Cuestionario CAGE para el consumo de alcohol (**Tabla y Grafico N°7**), muestra que

el 58,5% de los adolescentes encuestados se califican como No Bebedores, el 17,4% como bebedores sociales, el 17,4% tienen un consumo de riesgo y solo el 6,7% tienen un consumo perjudicial de alcohol.

CAMPOS-ARIAS ADALBERTO ET AL (24), en el estudio realizado en Colombia en el año 2009, con el objetivo de determinar la consistencia interna del cuestionario CAGE en adultos, encontraron aquellos que se califican como no bebedores en 12,3%, como bebedores sociales el 15,8%, el 18% tienen un consumo de riesgo y el 8% tienen un consumo perjudicial de alcohol; si bien se utilizó el mismo cuestionario para el tipo de consumo de alcohol CAGE, las cifras encontradas en nuestro trabajo son cercanas a las encontradas en el trabajo anteriormente mencionado, cabe resaltar que no se encontraron en la búsqueda bibliográfica trabajos que utilicen este cuestionario para medir el consumo de alcohol en adolescentes siendo este un aporte del presente trabajo de investigación.

En cuanto al Nivel de Impulsividad y la edad de la muestra de adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°8**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 2.243$) se aprecia que los niveles de impulsividad y la edad no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen menos de 18 años, y solo el 0,5% tienen 19 años; frente al 71,8% con baja impulsividad y con una edad menor a 18 años.

SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23), en el estudio realizado en Chile en el año 2013 utilizando la escala de Impulsividad de Barratt(BIS-11) encontraron niveles elevados de impulsividad en el 7,2% de los adolescentes participantes del estudio, de estos el mayor porcentaje 5,2% se encontraba en un rango de edad de entre 14 a 16 años y solo el 2% tenían más de 16 años, no encontrando relación estadística significativa entre ambas variables, **IRIARTE ATHINA N. (18)** si bien es cierto se utilizó el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), encontró niveles elevados de impulsividad en 8,3% de los adolescentes encuestados siendo la edad más frecuente el rango comprendido entre los 16 a 18 años con un 7,1%, no encontrando relación estadística significativa, **RIOFRIO JUAN M., VILLEGAS MILUSCA R. (20)**, si bien utilizaron la Escala de Agresividad en la

Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013), para la medida de conducta impulsiva encontraron una frecuencia de conducta impulsiva del 5,8% siendo la edad más frecuente la comprendida entre los 15 y los 17 años con un 5,1% no encontrando relación estadística significativa, **BARBOSA YERALDIN ET AL. (21)**, si bien utilizaron la Escala de Impulsividad (UPPS) para la medición de impulsividad encontraron niveles de impulsividad elevados en el 10.2% de la muestra utilizada siendo la edad más frecuente la comprendida entre los 16 a 18 años con 9,3% del total de adolescentes con niveles elevados de impulsividad, no hubo asociación estadística significativa entre ambas variables, por ultimo **CORBÍ BEATRIZ ET AL (22)**, si bien utilizaron una escala diferente para la medida de impulsividad la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontraron niveles altos de impulsividad en el 4,8% siendo la edad más frecuente la comprendida entre los 15 y 16 años de edad 4,1% del total de adolescentes con niveles elevados de impulsividad.

Con respecto a los trabajos citados anteriormente si bien es cierto solamente en uno de ellos se utilizó la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), coincidimos que los niveles de impulsividad son mucho más frecuentes en los adolescentes menores de 18 años y que no existe relación estadística significativa entre la edad y los niveles de impulsividad.

En cuanto al Nivel de Impulsividad y el Género de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°9**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 0.041$) se aprecia que los niveles de impulsividad y el género no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 3,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad son de Género tanto masculino y femenino respectivamente; frente al 49,7% con baja impulsividad y que son de género masculino y el 44,1% con baja impulsividad y que son de género femenino.

SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23), en el estudio realizado en Chile en el año 2013 utilizando la escala de Impulsividad de Barratt(BIS-11) encontraron niveles elevados de impulsividad en el 7,2%, de estos fue mucho más frecuente la presencia de niveles elevados de impulsividad en las adolescentes mujeres con un 3,9%, **IRIARTE ATHINA N. (18)** si bien es cierto utilizo el Cuestionario de Agresividad

Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA), encontró niveles elevados de impulsividad en 8,3% de estos el 6,2% eran adolescentes de género femenino, no encontrando relación estadística significativa entre ambas variables.

De los estudios anteriormente mencionados, coincidimos en que no existe relación estadística significativa entre el género y los niveles de impulsividad, sin embargo los niveles elevados de impulsividad son mucho más frecuentes en el género femenino, hecho que no coincide con lo encontrado en el presente estudio, asumimos esto pueda deberse a las diferencias entre la población estudiada.

En relación al Nivel de impulsividad y el lugar de procedencia de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°10**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 20.291$) se aprecia que los niveles de impulsividad y el lugar de procedencia no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 4,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Arequipa, el 2,1% con Alta impulsividad declaran como lugar de procedencia Otros; frente al 69,2% con Baja impulsividad y que son de Arequipa.

Si bien en la revisión de la literatura no se encontró ningún trabajo a nivel local que estudie la impulsividad, resaltamos la presencia de estos resultados en adolescentes procedentes de Arequipa, siendo este dato un aporte más del presente trabajo de investigación.

En relación al Nivel de impulsividad y la religión de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°11**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 4.777$) se aprecia que los niveles de impulsividad y la religión no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 5,1% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad declaran ser de Religión católica, el 0,5% declaran ser respectivamente de religión evangelista y cristiana, frente al 74,9% de los adolescentes encuestados con Baja impulsividad y que declaran ser de religión católica.

CORBÍ BEATRIZ ET AL (22), si bien utilizaron una escala diferente para la medida de impulsividad la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontraron niveles altos de impulsividad en el 4,8% y de estos el 4% declararon ser de religión católica, y el 0,8% restante practicar otro tipo de religión, no encontraron relación estadística significativa entre ambas variables.

Respecto al anterior estudio mencionado fue el único que dentro de sus variables estudio la religión como factor asociado a los niveles de impulsividad, si bien coincidimos en que no existe asociación estadística significativa entre ambas variables, nuestras cifras porcentuales también son cercanas.

En relación al Nivel de impulsividad y el Nivel de Instrucción de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°12**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2 = 0.715$) se aprecia que los niveles de impulsividad y el Nivel de Instrucción no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$). Así mismo muestra que el 5,6% de los adolescentes encuestados con Alta impulsividad tienen Secundaria completa, y solo 0,5% con Alta impulsividad tienen Superior Incompleta; frente al 85,6% de los con Baja impulsividad y declaran tener Secundaria Completa, no presentando relación estadística significativa.

Respecto a los datos anteriormente descritos en todos los estudios revisados respecto a impulsividad la población que se utilizó fueron adolescentes, en ninguno de ellos se detalló el nivel de instrucción de la muestra, pero incluía adolescentes que se encontraban cursando estudios de Nivel secundario, siendo estos datos un aporte más del presente trabajo de investigación.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y la edad de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°13**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2 = 12.786$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y la edad presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$). Así mismo muestra que el 46,7% de los adolescentes encuestados no Bebedores tienen menos de 18 años, el 12,8% de bebedores sociales tienen menos de 18 años, el 11,3% con consumo de riesgo tienen

menos de 18 años y solo el 6,7% de los con Consumo perjudicial tienen menos de 18 años.

Respecto a los datos anteriormente encontrados, no se encontró en la revisión de trabajos alguno que relacione la edad con el tipo de consumo de Alcohol, sin embargo, la literatura descrita por **MARDOMINGO, MJ (11)**, **SOUTULLO, C., MARDOMINGO, MJ. (10)**, indica inicios precoces en el consumo de alcohol, con promedios de edades que fluctúan entre los 13 a 16 años para el inicio del consumo, y edades superiores para el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol por encima de los 16 años, coincidiendo cualitativamente con las cifras encontradas en el presente trabajo de investigación, además encontramos relación estadística significativa entre ambas variables que sustentan los inicios precoces de consumo y en edades superiores el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y el género de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°14**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 1.578$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el género presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Así mismo muestra que el 29,7% de los adolescentes no Bebedores son de género masculino, el 9,2% de los bebedores sociales y con consumo de riesgo son de género masculino, y solo el 4,6% de los con consumo perjudicial son también de género masculino.

Respecto a los datos descritos anteriormente, en la revisión de trabajos no encontramos alguno que relacione el género de los adolescentes estudiados y el tipo de consumo de alcohol de los mismos, sin embargo **MARDOMINGO, MJ (11)** describe mayor frecuencia de consumo en adolescentes varones, con relación aproximada de 2:1 a favor del género femenino, coincidiendo con lo encontrado en el presente trabajo de investigación, siendo un aporte más del presente trabajo.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y el lugar de procedencia de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°15**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 3.438$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el lugar de procedencia no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Así

mismo muestra que el 41,5% de los adolescentes no Bebedores proceden de Arequipa, el 14,9% de los bebedores sociales, el 11,8% de los con Consumo de Riesgo y el 5,1% de los con Consumo Perjudicial proceden también de Arequipa.

Respecto a los datos anteriormente descritos no se encontraron trabajos a nivel local que caractericen el consumo de alcohol en Adolescentes y lo relacionen con el lugar de procedencia, siendo este también un aporte del presente trabajo de investigación.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y la religión de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°16**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 11.709$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el lugar de procedencia no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$). Así mismo muestra que el 46,2% de los adolescentes no Bebedores son de religión católica, el 13,3% de los bebedores sociales, el 14,4% de los con Consumo de Riesgo y el 6,2% de los con Consumo Perjudicial todos declaran ser de religión católica.

Respecto a los datos anteriormente descritos, si bien no encontramos estudios que asocien ambas variables en adolescentes, la literatura como describe **MARDOMINGO, MJ (11)** indica como factor de protección frente al desarrollo de trastorno por consumo de sustancias a la religión, esto se corrobora con las cifras bajas de adolescentes calificados como bebedores sociales, con consumo de riesgo y consumo perjudicial que encontramos en el presente trabajo de investigación.

En relación al tipo de Consumo de Alcohol y el Nivel de Instrucción de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°17**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 17.236$) se aprecia que el tipo de Consumo de Alcohol y el Nivel de Instrucción presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Así mismo muestra que el 54,4% de los adolescentes no Bebedores declaran tener secundaria completa, el 15,4% de los bebedores sociales, el 14,9% de los con Consumo de Riesgo y el 6,7% de los con Consumo Perjudicial todos declaran tener secundaria completa.

Respecto a los datos anteriormente descritos si bien no encontramos trabajos que relacionen nivel de instrucción y el tipo de consumo de alcohol, **MARDOMINGO, MJ (11)**, señala que el desarrollo de este tipo de trastornos relacionados al uso de

alcohol como trastorno se inician posterior a los 16 años, edad que coincide con la edad promedio de término del nivel secundario en nuestro país, apoyando los datos encontrados en el presente estudio.

En relación al Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°18**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 4.797$) se aprecia que el Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Así mismo muestra que el 58,8% de los adolescentes con Baja Impulsividad son no bebedores, y el 2,6% de los con alta Impulsividad tienen un consumo de riesgo, frente al 14,9% de los con baja impulsividad y tienen también un consumo de riesgo.

Respecto a los resultados anteriormente obtenidos, **SALVO LILIAN., CASTRO ANDREA. (23)**, en el estudio realizado en Chile en el año 2013 utilizando la escala de Impulsividad de Barratt(BIS-11) encontraron niveles elevados de impulsividad en el 7,2% y describe una relación directa entre la presencia de niveles elevados de impulsividad y el riesgo de adoptar conductas una de estas es el consumo de alcohol, encontrando relación estadística significativa entre ambas variables, coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio.

En relación al Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol de la muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario (**Tabla y Grafico N°19**) según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 6,405$) se aprecia que el Nivel de Impulsividad y el tipo de Consumo de Alcohol presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Al realizar el análisis de datos, se encuentra que existe relación estadística significativa entre el Nivel de Impulsividad y tipo de consumo de Alcohol, aceptando nuestra hipótesis: Que los niveles de Impulsividad predisponen de manera directa al tipo de Consumo de Alcohol afecta de manera considerable el nivel de Autoestima en los adolescentes de un Centro de Estudios Preuniversitario Arequipa, 2017.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: Un porcentaje bajo de adolescentes que corresponde al 6,2% presenta alta impulsividad, y la mayoría baja impulsividad.

SEGUNDA: Más del 50% de la muestra de Adolescentes del Centro de estudios Preuniversitario de la ciudad de Arequipa son No Bebedores, más de 1/3 son bebedores sociales, el 6,7% con consumo de riesgo y 6,7% con un consumo perjudicial.

TERCERA: Las características epidemiológicas más frecuentes en la muestra de Adolescentes de un Centro de estudios Preuniversitario de la ciudad de Arequipa fueron menores de 18 años de edad, de género masculino, procedentes de Arequipa, católicos, y con secundaria completa.

CUARTA: Existe asociación estadística significativa entre los niveles de Impulsividad y el Tipo de Consumo de Alcohol, las características epidemiológicas que demostraron asociación estadística significativa con el tipo de consumo de alcohol fueron la edad, el género y el nivel de instrucción, no se encontraron características epidemiológicas con asociación estadística significativa con los niveles de Impulsividad.

B. RECOMENDACIONES

PRIMERA:

- Se debe realizar un trabajo de investigación más profundo para caracterizar los Niveles de Impulsividad en los adolescentes no solo del Centro de Estudios Preuniversitario donde se realizó el presente estudio, este mismo debería involucrar a los directores de los Centros preuniversitarios de nuestra ciudad, con colaboración de la Facultad de Medicina Humana, la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, y de esta manera caracterizar las conductas impulsivas en adolescentes de mejor manera y con una población mayor, se debe realizar diagnóstico por parte de nuestra facultad e inicio de psicoterapia y charlas respecto al manejo de conductas impulsivas de manera conjunta con la Facultad de Psicología.

SEGUNDA:

- Establecer estrategias para evaluar, diagnosticar y dar tratamiento de darse el caso de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias en este caso específicamente con el uso de Alcohol, esto debe ser realizado de manera conjunta con la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología y la Oficina de Bienestar Universitario dando charlas de motivación e información respectiva a los riesgos del consumo de alcohol, además de identificar y dar tratamiento a aquellos adolescentes con problemas con el uso del mismo.

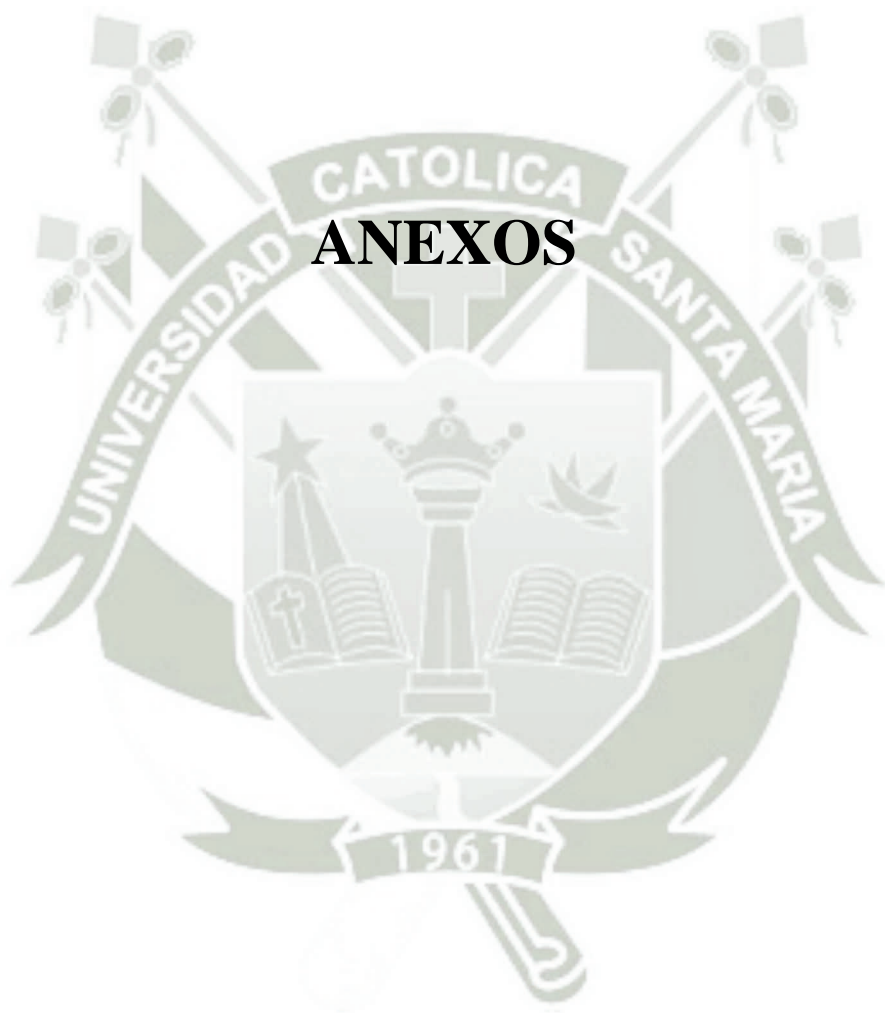
TERCERA:

- Con las recomendaciones anteriormente dadas y de manera conjunta con las Facultades de Medicina Humana y Psicología deberían instaurar un programa de atención específica en salud Mental del adolescente, realizando coordinaciones con instituciones educativas representativas de nuestra Ciudad y de los Centros Preuniversitarios de las Universidades más representativas de la Ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Belloch A., Sandin B., Ramos F. Manual de Psicopatología, McGraw-Hill/Interamericana-España ;2008. Cap.18 p.406-425
- 2.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 11 ed. Wolters Kluwer(NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers;2014. Cap.49 p.1258-63
- 3.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio Cateyes JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed.Corporacion para Investigaciones Biologicas;2010.Cap.13 p.168-172
- 4.-Dalley JW, Roiser JP. (2012). “Dopamine, serotonin and impulsivity”. Neuroscience, 215, 42-58.
- 5.-García Ribas, G. (2002). “Neuroanatomía de la impulsividad”. Psiquiatría Biológica, 9 (Supl. 2): 10-154.
- 6.-Arranz B, San Molina L. (2008) “Neurobiología de la impulsividad”. En: Ros S, Ed. Impulsividad. Ars Medica, Barcelona.
- 7.- Gil M, Roca M. (2000). “Psicopatología de la acción y la voluntad”. En: Luque R, Villagran JM, Eds. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Ed Trotta, Madrid.
- 9.- Philip F. Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura., Prentice Hall, Madrid; 2000. Cap. 8 p.173-81
- 10.- Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana;2010. Cap. 9 p.145-63
- 11.-Mardomingo, MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana; 2009. Cap. 24 p.931-936
- 12.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 13.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General Anales de Salud Mental Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima
- 14.- Pavlov KA, Chistiakov DA, Chekhonin VP. (2012). “Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans”. J Appl Genet. Feb; 53 (1): 61-82.

- 15.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 16.- Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator
- 17.- Becoña E., Vásquez F., Manual de psicología clínica infantil y del adolescente 4ed. Ediciones Pirámide – España; 2006. Cap.7.p. 213-233
- 18.- Iriarte A., Agresividad premeditada e impulsiva según estilos de socialización parental en adolescentes del Distrito de la Esperanza, Trujillo 2009, Tesis para obtener el título profesional de Psicólogo, UCV
- 19.- Cano, P., Gutiérrez, C., Nizama, J. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana, Rev. Perú. med. exp. salud publica [online]. 2009, vol.26, n.2 [citado 2017-01-19], pp. 175-181
- 20.- Riofrio J., Villegas M. Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes - Chiclayo, 2014. Rev. PAIAN VOL. 6 /N° 1. ISSN N°2313-3139/2015
- 21.- Barbosa, Y., Beltran, L., Fraile S., Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá, Tesis para obtener el Título de Psicólogo, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología, 2015
- 22.-Corbí B., Pérez, J., Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Dpto. de Psicología. Facultad de CC de la Salud. Universidad Camilo José Cela, Colombia 2009.
- 23.- Salvo L., Castro A., Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Rev. chil neuro-psiquiat 2013; 51 (4): 245-254
- 24.-Campo-Arias,A., Barros-Bermúdez,J., Rueda-Jaimes,G., Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 2 / 2009



ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Nivel de Impulsividad, Características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017”

Autor: Núñez Flores, Juan Carlos

Profesor(a) y asesor(a):

Dr. Ricardo Ibáñez Barreda

Arequipa - Perú

2017

I. PREÁMBULO

La impulsividad se define como conducta adaptativa que puede sustraernos de distintas amenazas, especialmente cuando la reacción impulsiva se produce en situaciones donde lo más prudente es activar un comportamiento en “modo ataque-huida”. El peligro inminente requiere una respuesta inmediata. No obstante, estos reflejos conductuales pueden ser disfuncionales en el mundo complejo de interrelaciones en el que vivimos hoy los seres humanos, y específicamente los adolescentes que experimentan una etapa de cambios muy susceptibles a desarrollar psicopatología estas pautas de comportamiento incluida la impulsividad puede alejarse del contexto ambiental en el que inicialmente se desarrollaron para la supervivencia. El impulso nos ayuda a ser curiosos y creativos, a cambiar y adaptarnos. Pero una constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración puede desembocar en conductas impulsivas disfuncionales.

Los trastornos por consumo de sustancias, son muy frecuentes en la población general, y especialmente importantes en la adolescencia, según la encuesta de Devida del año 2014 aproximadamente 80% de la población de adolescentes han consumido alguna vez algún tipo de droga, dentro de estas el alcohol figura como una de las más accesibles y de fácil desarrollo de dependencia y tolerancia, los factores conductuales en el desarrollo del consumo del mismo son importantes, siendo uno de estos la impulsividad, siendo mucho más frecuente el uso y abuso de sustancias en personas con elevados niveles de la misma, es por tal motivo mi interés de estudiar la asociación entre estos factores.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el Nivel de Impulsividad, las características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de conducta
Trastornos relacionados con el consumo de sustancias

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
Características Epidemiológicas	Edad	Años	De razón
	Sexo	Masculino, Femenino	Nominal
	Procedencia	Arequipa, Otros	Nominal
	Religión	Católica, Evangelista Cristiana, Otros	Nominal
	Nivel de instrucción	Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta	Ordinal
Impulsividad	Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)	Puntaje Total < 74: Baja impulsividad Puntaje Total > 74: Alta Impulsividad	Ordinal
Consumo de Alcohol	Cuestionario para consumo de alcohol CAGE	0 No bebedor 1 Bebedor social 2 Consumo de riesgo 3 Consumo perjudicial 4 Dependencia alcohólica	Ordinal

b) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de Impulsividad en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?
2. ¿Cuál es el tipo de consumo de alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?
3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?
4. ¿Existe asociación entre el Nivel de Impulsividad el tipo de Consumo de Alcohol y determinadas características epidemiológicas, en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?

c) Tipo de investigación:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: Al haber realizado la búsqueda de trabajos similares, no se encontró alguno que asocie nivel de impulsividad y tipología del consumo de alcohol en población adolescente.

Relevancia Científica: La impulsividad es un rasgo conductual que está presente en múltiples trastornos mentales, uno de estos el relacionado con el uso de sustancias psicoactivas entre estos el consumo de alcohol.

Relevancia Social: La población de adolescentes, es un grupo que está en

proceso de maduración biopsicosocial, el desarrollo de niveles altos de impulsividad, puede conllevar al desarrollo de conductas adictivas, delictivas que repercutirán en su integración social futura.

Relevancia Contemporánea: La Adolescencia se caracteriza por una serie de cambios biopsicosociales, los adolescentes son un grupo poblacional de riesgo y la fuente posterior de desarrollo de un país, tanto en materia educativa, económica y sociocultural.

Interés Personal: Durante el desarrollo de mis estudios de pregrado en la practicas clínicas, así como todo el año de mi Internado Médico observe tanto en mis rotaciones por Medicina Interna, así como en Pediatría que el consumo de alcohol de manera específica en adolescentes es frecuente, así como la presencia de rasgos de comportamientos impulsivos que podrían predisponer al consumo del mismo, además de que podrían existir algunas características epidemiológicas asociadas a ambas variables es por eso mi interés en encontrar dichas asociaciones y de esta manera aportar en el conocimiento de estos trastornos en una población de adolescentes.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Impulsividad

2.1.1 Impulsos, voluntad y atención

2.1.1.1 Definición

La impulsividad no debe entenderse de forma exclusiva en el marco de la psicopatología. Como conducta adaptativa puede sustraernos de distintas amenazas, especialmente cuando la reacción impulsiva se produce en situaciones donde lo más prudente es activar un comportamiento en “modo ataque-huida”. El peligro inminente requiere una respuesta inmediata. No obstante, estos reflejos conductuales pueden ser disfuncionales en el mundo complejo de interrelaciones en el que vivimos hoy los seres humanos, ya que son pautas de comportamiento muy alejadas del contexto ambiental en el que inicialmente se desarrollaron para la supervivencia. Frente a la reacción, la reflexión aporta ventajas evolutivas a la mente humana considerada como órgano relacional. El impulso ligado a la voluntad alienta nuestra vitalidad; sin él caeríamos en la abulia y el estancamiento. El impulso nos ayuda a ser curiosos y creativos, a cambiar y adaptarnos. Pero una constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración puede desembocar en conductas impulsivas disfuncionales. Un modelo de sociedad que alienta ciudadanos en permanente “modo consumo” fomenta un impulso estéril, insaciable y permanentemente insatisfecho. La dificultad para aceptar el sufrimiento cotidiano junto a la mencionada intolerancia a la frustración nos conduce a un funcionamiento no reflexivo, en piloto automático, que procura la evitación a toda costa del displacer y busca ávidamente experiencias gratificantes (1).

Frente a la reacción automática, se encuentra la capacidad de estar atento. De alguna manera atención e impulsividad representan los extremos de una polaridad dimensional. Las filosofías orientales insisten en el valor de aceptar lo que acontece tal como es, de permanecer presentes en lo que ocurre sin juzgarlo, manteniendo un estado de atención que permita ocupar el momento de forma consciente. La psicoterapia basada en la atención plena o *mindfulness* invita a abandonar el funcionamiento reactivo, impulsivo o en piloto automático, y a desarrollar una capacidad de observación de la experiencia que dé lugar a un comportamiento reflexivo. (1)

2.1.1.2 ¿Cómo definir la impulsividad?

En la vida cotidiana podemos encontrar conductas impulsivas que tendrán mayor o menor grado de éxito adaptativo. En el ámbito de la psicopatología hallaremos estas conductas dispersas por toda la nosografía psiquiátrica. La impulsividad forma parte integrante de un amplio rango de trastornos mentales, desde las psicosis a los trastornos de la personalidad, pasando por las adicciones comportamentales y a sustancias, las conductas suicidas, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o los trastornos específicos de control de impulsos, por señalar sólo algunos ejemplos. En términos muy amplios, la impulsividad hace referencia a un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias. (1,2)

Una definición precisa y operativa del término “impulsividad” varía mucho según las diferentes fuentes y estudios manejados: la impulsividad no es un constructo único ni simple, implica diversas dimensiones en un fenómeno multifacético. (1)

En una primera aproximación podríamos decir que un acto impulsivo es aquel que:(1,2)

- Se produce como respuesta conductual inmediata frente a un estímulo externo o interno.
- Es irreflexivo y no tiene en cuenta experiencias previas ni consecuencias futuras, no es planificado.
- No se adapta a los requerimientos del contexto y por tanto no suele tener eficacia adaptativa.
- Suele estar teñido de un componente emocional nuclear.

Este concepto de fenómeno impulsivo es congruente con el modelo de déficit de inhibición de la conducta, que estudiaremos más adelante. Existen otros actos impulsivos que se ajustan mejor al espectro de los fenómenos obsesivo-compulsivos (impulsividad compulsiva). (2)

La impulsividad compulsiva se define según las siguientes características (2):

- Imposibilidad de resistirse a actuar cuando aparece ante la conciencia un determinado estímulo interno o externo.
- La resistencia inicial a llevar a cabo la conducta se acompaña de intenso malestar y tensión creciente, que solo cede al ejecutar el acto.
- Junto al alivio del malestar pueden aparecer sensaciones gratificantes que favorecen el refuerzo positivo de la conducta.

- Una vez cesado el alivio de la tensión, pueden generarse sentimientos de culpa o fracaso.
- Estas conductas parecen agravarse en momentos de mayor ansiedad o estrés para el sujeto.

Algunos ejemplos de impulsividad compulsiva los encontraremos con frecuencia en los atracones bulímicos, las conductas autolesivas o la cleptomanía.

Clásicamente la impulsividad ha sido vinculada a la esfera de los fenómenos volitivos. Más adelante se ha puesto el acento en sus aspectos emocionales o afectivos, caracterizándola en términos de ira o intolerancia a la frustración. Otros autores harán hincapié en los aspectos cognitivos, atencionales o de procesamiento de la información (2,3).

Las neurociencias intentan añadir claridad al concepto de impulsividad, desentrañando sus bases neuroquímicas y sustratos neuroanatómicos. La neuropsicología ahonda en los determinantes del control e inhibición de respuesta y refina los instrumentos que permiten medirla de forma fiable. Es necesario integrar todo este campo de conocimientos en un constructo que sea coherente con la fenomenología y útil en la clínica y su abordaje terapéutico. (4)

2.1.2 Bases neurobiológicas de la Impulsividad

Es incuestionable que para establecer un modelo integrador de la impulsividad debemos tener en cuenta los hallazgos que provienen de las neurociencias. (4)

La neuroanatomía señala, como bases anatómicas del control de los impulsos, a un complejo sistema de circuitos neuronales que implican al córtex prefrontal, el núcleo accumbens, la amígdala, el área tegmental ventral y los núcleos del rafe (4). No obstante, como hemos señalado, la impulsividad es un constructo heterogéneo y hay evidencias que indicarían la existencia de distintos sustratos neurobiológicos subyacentes a los componentes de la impulsividad. Por ejemplo, los sustratos neurobiológicos para la respuesta prematura (*Five-Choice Serial Reaction Time Task*) serían diferentes a los que subyacen en la respuesta impulsiva (medida por el *Delayed Discounting Task*), diferencias que tendrían implicaciones terapéuticas. Distintos psicofármacos actúan específicamente en estos componentes diferenciados de la impulsividad, como se ha estudiado en la respuesta frente a la atomoxetina y el metilfenidato en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad (5).

Dopamina y serotonina son los neurotransmisores que más se han relacionado con la impulsividad (aunque también se hallan involucrados las catecolaminas, GABA, glutamato y sistema neuroendocrino). Aunque no es este el lugar para profundizar en la neuroquímica de la impulsividad, señalaremos algunos datos que pueden ser interesantes a la hora de reflexionar sobre un modelo operativo de la impulsividad. En primer lugar es preciso indicar que no existe una influencia única o monotónica ni de la dopamina ni de la serotonina en ninguno de los aspectos de la impulsividad; es necesario caracterizar con precisión la naturaleza de las interacciones entre neurotransmisores en las distintas dimensiones de la impulsividad (4).

Las alteraciones de la neurotransmisión serotonina/dopamina afectan de forma desigual a diversos aspectos de la conducta impulsiva, debido a la participación de diferentes áreas cerebrales y substratos neuroquímicos (4). Por ejemplo, los niveles de dopamina de la corteza prefrontal intervienen en el procesamiento de la expectativa de la recompensa; los niveles de serotonina a ese nivel podrían influir en decisiones impulsivas y de bajo autocontrol. (4)

La impulsividad rasgo, estable, se vincula a sutiles equilibrios dopamina/serotonina. Un modelo ya clásico describe la interacción entre sistemas facilitadores de la conducta vinculados a la neurotransmisión dopaminérgica y sistemas inhibitorios relacionados con la serotonina. La serotonina facilita la inhibición prefrontal, por lo que una actividad serotoninérgica insuficiente puede incrementar la impulsividad agresiva. (5)

Los estudios realizados con el *Continuous Performance Test* (CPT) permiten medir la impulsividad relacionada con la incapacidad para retrasar o demorar la respuesta. En este test, los errores de omisión, relacionados con la atención, parecen vinculados a una hipofunción dopaminérgica, mientras que los errores de comisión, más ligados a la impulsividad, estarían determinados por una hipofunción serotoninérgica (5).

Pero la relación entre impulsividad y serotonina dista de estar claramente definida. Parece existir una relación entre la disminución de la función serotoninérgica y la impulsividad/agresividad en pacientes con trastornos de la personalidad (especialmente aquellos encuadrados en el cluster B de la DSMIV- TR). La serotonina facilita la inhibición prefrontal, por lo que una actividad serotoninérgica insuficiente puede incrementar la impulsividad agresiva caracterial. No obstante, la ausencia de una asociación consistente

entre la actividad serotoninérgica y la impulsividad en pacientes con trastornos de ansiedad o afectivos pone en duda la existencia de una relación dimensional inversa entre función serotoninérgica y conducta impulsiva (6,7).

2.1.3 Bases Genéticas

La predisposición genética a la agresividad/impulsividad parece verse afectada por las variantes genéticas polimórficas de los sistemas serotoninérgicos. Estos sistemas influyen en los niveles de serotonina en el Sistema Nervioso Central, en el grado de producción de serotonina, y en su liberación y degradación en la sinapsis. Entre estas variantes, pueden ser de particular importancia los polimorfismos funcionales de la monoaminoxidasa A (MAO-A) y los transportadores de serotonina (5-HTT), debido a la relación entre estas variantes y ciertos cambios anatómicos en el sistema límbico de sujetos que expresan altos niveles de agresividad.(6)

Los varones están sobrerrepresentados en conductas socialmente problemáticas como la agresividad y la conducta criminal, relacionadas clásicamente con la impulsividad. No obstante, las diferencias de la impulsividad entre sexos utilizando medidas objetivas de conducta no son concluyentes, y dependen en gran medida de las tareas evaluadas, del constructo teórico utilizado y de las muestras seleccionadas. Por ejemplo, se ha intentado demostrar diferencias entre sexos en tres dimensiones de la impulsividad: hipersensibilidad a la recompensa, hiposensibilidad al castigo e inadecuado control del esfuerzo (*effortful control*). Desde un punto de vista evolutivo y congruente con distintas teorías de la personalidad, podría predecirse que las diferencias entre sexos serían más claras en tareas que impliquen riesgo, mostrando los varones una mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones, más sensibilidad a la recompensa y menor sensibilidad al castigo. Se ha demostrado claramente la presencia en mujeres de mayor sensibilidad al castigo y en varones mayor búsqueda de sensaciones, pero no aparece una mayor sensibilidad a la recompensa. Los resultados indicarían fuertes diferencias en aspectos motivacionales del control de las conductas. Los varones tienen mayor tendencia que las mujeres a inmiscuirse en actividades que resulten novedosas o de alto nivel de estimulación. Este tipo de conducta puede variar con el tiempo y el contexto social. Las diferencias entre sexos en la tendencia a la búsqueda de sensaciones pueden reflejar una predisposición genética que interactúa con información socialmente transmitida. (6,7)

2.1.4 Impulsividad como dimensión, trastorno o síntoma

A lo largo del siglo xx el impulso y sus trastornos se consideran desde una perspectiva más compleja y multidimensional, alejada conceptualmente a los desórdenes de la voluntad como elemento psicopatológico único, y vinculada al manejo de los afectos y los conflictos internos. Además, se tienen en cuenta los factores neurobiológicos relacionados con la falta de control del impulso, ya sea por un déficit de inhibición conductual o porque las conductas impulsivas se vean relacionadas con los fenómenos compulsivos. (1)

Podemos aproximarnos a la impulsividad desde una perspectiva dimensional (como rasgo del carácter, presente en mayor o menor medida a lo largo de un contínuum) o categorial (como conductas específicas concretas, que aparecen o no, y que tienen su representación en los criterios clasificatorios de los trastornos mentales). Desde otra perspectiva, consideramos la impulsividad como rasgo (caracterial) o estado (sintomático). (1)

El concepto de impulsividad o impulso patológico es por tanto entendido desde tres puntos de vista:

A. Como síntoma aislado, que puede constituir un criterio diagnóstico entre aquellos que definan a uno o varios trastornos mentales específicos (conductas impulsivas concretas en la tricotilomanía, el juego patológico...).

B. Como trastorno clínico específico, donde la impulsividad crítica es lo que define el cuadro clínico; por ejemplo: actos agresivos impulsivos puntuales con entidad nosológica específica en el trastorno explosivo intermitente.

C. Como dimensión o rasgo de la personalidad, desde lo normal adaptativo a lo patológico, rasgo estable en el tiempo y que aparece en diversas circunstancias vitales (como por ejemplo en el trastorno límite de la personalidad).

En psiquiatría existe un profundo debate entre la conveniencia de utilizar criterios categoriales o dimensionales en la clasificación de los trastornos mentales. Los modelos nosológicos categoriales, de uso mayoritario en la actualidad, no parecen capaces de dar cuenta de la complejidad clínica, por lo que son sometidos a crítica y revisión permanentes. Por otro lado, los modelos dimensionales son poco operativos y difíciles de desarrollar en la práctica. En este conflicto dual sigue moviéndose la nosología psiquiátrica, problema del que es un claro ejemplo la categorización de la impulsividad y sus trastornos. (1,7)

La clasificación DSM-III incorpora por primera vez una sección, cajón de sastre, donde integra a los “trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados” (cleptomanía, piromanía, juego patológico, trastorno explosivo intermitente), descritos categorialmente. Como veremos, este tipo de aproximación clasificatoria se mantiene parcialmente en la flamante DSM-5(2).

Los llamados Trastornos del Control de los Impulsos (TCI), tal como figuraban en la DSM-IV-TR, se aproximan a la impulsividad como un fenómeno sintomático circunscrito.

Los aspectos fenomenológicos que caracterizarían a los TCI serían de forma general los siguientes:

1. Dificultad recurrente para controlar un impulso, o presión interna de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás.
2. El sujeto es por lo general incapaz de resistir conscientemente el impulso; en la mayor parte de las ocasiones las acciones no están nítidamente planificadas.
3. La conducta impulsiva no busca un claro beneficio secundario (los beneficios serían de orden interno, conflictuales o primarios).
4. Se produce una sensación de tensión creciente en forma de malestar emocional que precede a la ejecución del acto.
5. Bienestar, gratificación, alivio de la tensión en el momento de realizar la conducta. El acto sería en principio egosintónico, en consonancia con los deseos inmediatos del sujeto.
6. En algunos casos, pero no siempre, aparecen sentimientos de remordimiento, culpa o vergüenza posteriores al acto, una vez se perciben sus consecuencias (egodistonía a posteriori). (7)

Los TCI de la DSM-IV-TR englobarían a los siguientes trastornos: ludopatía, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía y trastorno explosivo intermitente (este último ausente como entidad específica en el epígrafe de la CIE-10 de la OMS que define los *trastornos de los hábitos y del control de los impulsos*). (7)

Pasamos a hacer una somera definición de los TCI.

- El trastorno explosivo intermitente implica la presencia de episodios o arrebatos de agresividad impulsiva, episodios aislados en los que resulta difícil controlar los impulsos agresivos, y que dan lugar a agresiones verbales o físicas, violencia o destrucción de la propiedad. El grado de agresividad es ampliamente desproporcionado con respecto al factor

estresante que lo precipita. Los episodios no son premeditados ni buscan un objetivo tangible. A pesar de algunas dudas conceptuales iniciales, esta categoría diagnóstica puede ser considerada como un trastorno de agresividad impulsiva, más común de lo que en principio podría suponerse, y bien delimitado por criterios clínicos y de investigación.

- En la cleptomanía se produce el reiterado fracaso para resistir el impulso de robar objetos. Estos objetos no son necesarios para el sujeto ni implican un alto valor económico. Antes de producirse el robo aparece un aumento de la tensión, y una sensación de placer, alivio o gratificación en el momento de cometerlo. Estos robos no se realizan buscando venganza ni como una expresión de rabia.

- La piromanía se caracteriza por la provocación reiterada, deliberada e intencional de un incendio.

Antes del acto se produce una tensión o activación emocional y una sensación de gratificación, bienestar o alivio cuando se inicia el fuego, se observan las llamas o sus consecuencias. El sujeto suele manifestar una fascinación o curiosidad por el fuego y su contexto situacional. El incendio no se provoca por móviles económicos, ni como expresión de una ideología, ni con el objeto de conseguir otros fines secundarios.

- La tricotilomanía implica el arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, de manera que se produce una pérdida perceptible de cabello. Antes de la conducta o cuando el sujeto se intenta resistir a la misma se produce una tensión creciente. La conducta genera una sensación de bienestar o alivio.

- En el juego patológico o ludopatía encontraremos un comportamiento desadaptativo y reiterado relacionado con el juego: preocupación obsesiva por el juego, necesidad de jugar cantidades crecientes para alcanzar el mismo nivel de excitación, fracaso continuado en el control del impulso a jugar, alivio de la disforia previa a la conducta, intentos reiterados de recuperación, engaños, actos ilegales, pérdida de relaciones significativas, de trabajo o estatus... Muchas de sus características aproximan la ludopatía a las conductas adictivas.

(7)

La DSM-5 integra por primera vez en un mismo grupo diagnóstico los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de la conducta. Engloba en el mismo epígrafe el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, los trastornos de conducta (disocial), el trastorno antisocial de la personalidad, la piromanía y la

cleptomanía. Justifica tal agrupación argumentando que comparten problemas en el autocontrol de las emociones y las conductas, que se manifiestan en comportamientos que violan los derechos de los demás y/o llevan al individuo a entrar en conflicto con las normas sociales o las figuras de autoridad. Además vincula estos trastornos a un espectro externalizante común, asociado con dimensiones de la personalidad etiquetadas como *desinhibición* y, en menor medida, *emocionalidad negativa* (entreverando así conceptos del modelo dimensional y categorial). Trastornos clasificados previamente en el apartado de los trastornos de control de impulsos, como la tricotilomanía, pasan a engrosar el grupo de los trastornos obsesivo-compulsivos (a los que se añade la nueva categoría de trastorno de excoriación que definimos más adelante). Por otro lado el juego patológico lo encontraremos ahora entre los trastornos adictivos y relacionados con sustancias. Por tanto, los criterios de agrupación dependen en unos casos de las consecuencias de la conducta y dimensiones de la personalidad, en otros de su afinidad con los fenómenos compulsivos, y en otros de su cercanía a los patrones adictivos de conducta. (2)

El trastorno de excoriación (*skin-picking*) está muy relacionado con los trastornos de control de impulsos de la DSM-IV-TR referidos previamente, al producirse un fracaso en el control del impulso a dañarse la piel, provocándose lesiones cutáneas; los reiterados intentos de disminuir el rascado o la excoriación son infructuosos. Su carácter compulsivo lo emparenta con el espectro obsesivo-compulsivo. Más allá de las categorías diagnósticas que intentan dar cuenta de las diferentes manifestaciones de la impulsividad, sería interesante definir un constructo transversal de la impulsividad: fenómeno presente, como estado o rasgo, en distintas entidades nosológicas y que podría subdividirse en dimensiones en función de los hallazgos de la neuropsicología y de la evidencia obtenida de estudios clínicos. Para lograrlo es necesario un gran refinamiento conceptual, una capacidad de medición más selectiva y la integración de los aportes derivados de las neurociencias. (2)

El modelo debería tener en consideración el contexto fenomenológico en el que emerge el síntoma. He aquí uno de los retos, categorizar y diferenciar las conductas impulsivas que aparecen en distintos contextos psicopatológicos. Señalamos algunos ámbitos donde la impulsividad emerge de forma específica y diferenciada: adicciones a sustancias o comportamentales, psicosis, intentos suicidas no planificados, conductas autolesivas compulsivas, agresividad explosiva intermitente, inestabilidad impulsiva caracterial,

trastornos específicos del control de impulsos, impulsividad ligada al trastorno por déficit de atención-hiperactividad, bulimia, conductas desinhibidas de los cuadros orgánicos cerebrales o la conducta impulsiva ligada al uso de ciertos psicofármacos (como la que surge en enfermos que padecen Parkinson y son tratados con fármacos dopaminérgicos).(2)

2.2 Trastorno por Abuso de Sustancias en Niños y Adolescentes

2.2.1 Introducción

El consumo de drogas ha estado ligado a la historia de la humanidad desde sus orígenes, consumir una droga ha sido y es para muchas personas una forma de modificar la percepción de la realidad, el estado emocional y el comportamiento, con el objeto de lograr una sensación mayor de bienestar. También ha sido un medio de ponerse en contacto con la divinidad o con otra dimensión trascendente que libere al individuo de la rutina diaria, una forma de compensar el dolor o de buscar una solución mágica a los problemas de la existencia. (9)

Las drogas han formado parte de los rituales religiosos, mágicos, curativos y de dominio y supeditación al poder de las más variadas culturas. El alcohol, la hoja de coca, la marihuana, el opio y los alucinógenos han sido utilizados por los seres humanos desde sus orígenes, reconociéndose por primera vez a finales del siglo XIX, su carácter adictivo; más adelante se unirían los estimulantes, los inhalantes y las drogas de diseño.(10)

En el siglo XX las drogas formaron parte de los movimientos contraculturales y de protesta en Estados Unidos y Europa. Las drogas fueron un modo de tener experiencias estéticas únicas, de expandir la conciencia y la percepción de la realidad, de estimular la creatividad y de acceder a estados de conciencia que no se obtienen por otros mecanismos y actualmente configuran uno de los modos predilectos de los jóvenes incluidos los adolescentes de compartir tiempo libre y pertenecer a un grupo de amigos. (11)

El alcohol y el tabaco forman parte de la vida de muchísimos adolescentes que no perciben el riesgo que pueden tener y la edad de consumo ha disminuido considerablemente en los últimos años. Para algunos adolescentes el contacto con las drogas tiene un carácter transitorio, pasajero, sin consecuencias negativas en la propia vida, pero para otros ese primer contacto supondrá que las drogas pasen a ocupar un lugar central en su existencia.

Poder diferenciar a ambos grupos y por tanto prevenir la mala evolución, es uno de los retos en Psiquiatría del niño y el adolescente. (11)

Las consecuencias generales del consumo de drogas, son el desarrollo progresivo de los fenómenos de tolerancia, dependencia, consumo múltiple y deterioro personal, que siguen del riesgo cada vez mayor de sufrir intentos de suicidio, suicidio consumado o muerte accidental por sobredosis. Las complicaciones médicas y psiquiátricas son otro aspecto fundamental que condiciona de modo inexorable la vida personal. Estas consecuencias son numerosas e implican un riesgo mayor de contagio de VIH, padecer cáncer. El consumo de drogas supone aislamiento social, fracaso escolar y laboral, síntomas depresivos y de ansiedad así como riesgo de suicidio. El efecto de las drogas varía desde la sensación de euforia, hasta sufrir alucinaciones o pasar por periodos prolongados de insomnio; la conducta del sujeto puede oscilar desde la pasividad, la impulsividad, el descontrol y la agresividad. (11)

El efecto de las drogas depende no solo de las características intrínsecas de las sustancias, sino también del contexto sociocultural en las que se toman y del significado que tiene sus efectos en dicho contexto. Así la marihuana en Jamaica se ha tomado por su acción relajante y para mejorar el rendimiento escolar de los niños, mientras que en occidente en los años sesenta, las drogas se usaban para facilitar la meditación y la introspección. (10)

Todas las drogas producen un cierto grado de dependencia, esta dependencia hace que el sujeto necesite seguir tomando la droga para experimentar sensaciones agradables o evitar sensaciones desagradables, pudiendo llegar a tener Síntomas de abstinencia si la administración se interrumpe. (10)

El hecho de que el consumo de drogas haya aumentado durante la segunda mitad del siglo XX, hasta convertirse en un serio problema social y sanitario, ha estimulado de forma considerable la investigación científica en este campo. Los estudios clínicos y los modelos animales han dado la posibilidad de conocer los mecanismos de acción de las drogas, sus receptores y fundamentos neurobiológicos, lo que permite entender a la adicción como uno más de los trastornos psiquiátricos. (11)

2.2.2 Definición y criterios Diagnosticos

Si bien la DSM-5 distingue entre el consumo abusivo de sustancias y la dependencia, una distinción no siempre fácil de realizar en la clínica y que en cualquier caso solo hace referencia a los estadios de un mismo proceso. (11)

El abuso supone un cuadro clínico menos grave que la dependencia, pero con claras consecuencias en el bienestar del sujeto, mientras que la dependencia consisten en un conjunto de Sintomas fisiológicos, cognitivos y de la conducta que indican un consumo habitual y duradero de drogas que el sujeto no es capaz de evitar a pesar de sus negativas repercusiones. (10)

La dependencia fundamental entre abuso y dependencia radica en que el diagnostico de dependencia implica siempre en que se den los fenómenos de tolerancia y abstinencia, y la distinción tal vez tenga sentido porque el abuso, aun siendo excesivo no tienen por qué implicar el que pase de forma obligatoria a la dependencia de la droga. En el abuso el sujeto consume drogas para sentirse bien, aliviar el estrés o alterar la percepción de la realidad. (2)

La tolerancia a las drogas consiste en la necesidad progresiva de tomar cada vez mayor cantidad de droga para conseguir los mismos efectos. La abstinencia de la droga se traduce en un intenso malestar psicológico y físico que empuja al sujeto a la búsqueda de más droga con el fin de aliviarlo. Ambas suele seguirse de pérdida de control, impotencia para dejar de consumir e inmersión en el mundo de las drogas. La pérdida de control consiste en que el sujeto toma droga en mayor cantidad y durante más tiempo del deseado y no puede evitarlo. Por último el fenómeno de impotencia se define como la incapacidad para cortar con la droga, a pesar de intentarlo una y otra vez, esta incapacidad puede desembocar en una vida cuyo eje es el mundo de la droga. La droga se convierte en el centro de la vida personal, que gira exclusivamente en torno a conseguirla, consumirla y por supuesto sufrir las consecuencias. (11)

El abuso de drogas es dos veces más frecuente que la dependencia en adolescentes, sin que se sepa muy bien en qué circunstancias se pasara del uno a la otra. Así mismo los adolescentes con dependencia se caracterizan por consumir múltiples drogas, siendo el pronóstico tanto peor cuando mayor es el número y la gravedad de los Sintomas que sufren y el tiempo de evolución, ahora los criterios actuales del consumo de drogas se refieren a los adultos , sería necesario elaborar otro específico para niños y adolescentes.(10)

2.2.3 Epidemiología

Aproximadamente entre el 50% y el 80% de los adolescentes tienen algún contacto con las drogas, habiéndose observado a lo largo de las últimas décadas un descenso de la edad del inicio del consumo y una incorporación progresiva de las mujeres. El consumo de drogas que antes de los años sesenta se limitaba a grupos muy concretos de personas, experimento un fenómeno de expansión en esa década coincidiendo con los movimientos contraculturales, y ha seguido esa línea ascendente hasta nuestros días, en que además de ser un fenómeno social y sanitario constituye un inmenso negocio. El alcohol y los estimulantes forman parte de las fiestas de muchísimos jóvenes durante el fin de semana y el tabaco lo fuman incluso niños de 12 y 13 años como algo completamente natural. (11)

La secuencia natural del consumo de drogas suele ser la siguiente: se empieza a fumar tabaco y a beber alcohol a los 10 a 12 años, más tarde se añaden marihuana y estimulantes, y se termina con cocaína y más raramente con heroína. El consumo se caracteriza además porque no se limita a las grandes ciudades o a un grupo sociocultural concreto, sino que se da en todo el ámbito nacional y en todos los grupos humanos. El consumo de drogas es más frecuente en los adolescentes varones que en las mujeres con una relación de 4:1 respectivamente, que pasa a ser de 3:1 a partir de los 18 años. (10,11)

De acuerdo con la encuesta de Vida del año 2014, los adolescentes peruanos de 14 a 18 años consumen de modo preferente alcohol, tabaco, marihuana y pasta básica de cocaína. El 81,2% ha consumido alguna vez en la vida bebidas alcohólicas, 44,6% tabaco, 35,2% marihuana y 17,3% pasta básica de cocaína. La edad de inicio son los 13 años para el tabaco y alcohol, los 14 para la marihuana y los 15 para la pasta básica, la cocaína y los alucinógenos. El consumo aumenta con la edad, siendo máximo a los 17 a 18 años, en cuanto al sexo es mayor en términos generales en los varones que en las mujeres, sobre todo cuando se trata de drogas ilegales.(12,13)

Aproximadamente un 33% de los adolescentes de la población general fuma a diario, mientras que un 8,6% tiene dependencia al tabaco a la edad de los 18 años. El abuso de alcohol afecta al 10% de los adolescentes, la dependencia a la marihuana al 4,3% y la dependencia del alcohol al 3,5%; estas cifras aumentan considerablemente cuando se trata de poblaciones clínicas. (11)

Conocer las características de los adolescentes que consumen drogas tiene un enorme interés, de cara al tratamiento y a la prevención, sin embargo no es un tema sencillo y no se conocen todas las respuestas. Se sabe que algunos adolescentes inician en el consumo de drogas y se enganchan para siempre, mientras que otros no desarrollan la menor dependencia. Diferenciar ambos grupos es fundamental, así como diferenciarlos de aquellos que nunca las consumen. (11)

2.2.4 Etiología y Patogenia

El consumo de drogas en la adolescencia es un trastorno muy complejo y en el que intervienen múltiples mecanismos etiopatogénicos, a continuación, mencionaremos y desarrollaremos los factores genéticos, neuroanatómicos y neuroquímicos, los mecanismos de acción de las drogas, el papel del estrés y los factores de riesgo individual, familiar y social, así como los factores de protección, destacando al consumo de alcohol en adolescentes. (11)

2.2.4.1 Factores genéticos y epigenéticos

No cabe duda de que un trastorno tan complejo como el consumo y la dependencia de drogas tienen que intervenir numerosos genes en la etiología como un papel fundamental para la interacción genes ambiente, de tal modo que el verdadero riesgo de sufrir dependencia de las drogas radica no solo en el hecho de que estén presentes determinadas variedades genéticas en el individuo, sino de que estas variantes interactúen con situaciones ambientales estresantes, sobre todo en los primeros años de la vida, que harán posible la expresión de estos genes.(14)

La mayoría de estudios llegan a la conclusión de que genes y ambiente se reparten la varianza aproximada al 50%. Así se calcula que un 50% de la varianza de la etiología del alcoholismo le corresponde a la herencia. Es muy probable que exista un riesgo genético común para el consumo de drogas y factores de riesgo específicos para cada una de las drogas. La variación individual en la respuesta a las drogas puede deberse a diferencias enzimáticas, de los receptores y de los transportadores cerebrales. (14)

Se consideran genes candidatos a aquellos que codifican proteínas que intervienen en los circuitos del sistema de recompensa; parece probable que los sujetos portadores del gen del transportador de dopamina (SLC6A3) y del alelo A2 del gen de dopamina D2, tengan un

riesgo menor de sufrir dependencia al tabaco, mientras que los portadores del alelo A1 del gen del receptor de dopamina D2, tendrían un riesgo mayor de padecer alcoholismo. (14)

Otra característica genética que incrementa el riesgo de consumo de drogas en adolescentes, es ser portador de polimorfismos SS (SLC6A4 y 5HTTLPR), en la región promotora del gen transportados de serotonina; una característica que se constata tanto en sujetos homocigotos como heterocigotos y cuya acción es especialmente significativa cuando se acompaña de maltrato y de malos cuidados del niño por parte de los padres. (14)

Los estudios en gemelos, indican una mayor concordancia para el consumo de drogas entre los gemelos homocigóticos que entre los heterocigóticos, respecto al alcohol es probable que tanto la frecuencia así como la cantidad de consumo se deban a una característica independiente, tal vez con algunas diferencias en función del sexo; así cuando se analiza la frecuencia de consumo de alcohol, la varianza que corresponde a la herencia es de 0,66 en la mujeres y de 0,42 a 0,75 en los varones; la varianza de herencia en la cantidad de consumo es de 0,57 en la mujeres y de 0,24 a 0,61 en los varones.(14)

Las conclusiones de los estudios en familiares y sujetos adoptados son similares a las descritas en gemelos, observándose como el alcoholismo y el trastorno antisocial de la personalidad de los padres biológicos aumento el riesgo de consumo de drogas en niños adoptados. Un factor de riesgo elevado de alcoholismo, es que el padre y la madre sufran el trastorno, estos casos se caracterizan por un peor pronóstico y un curso clínico con mayores complicaciones. (14)

Los factores genéticos del consumo de drogas en los adolescentes, están aún poco estudiados y la mayor parte de la información científica disponible procede de estudios en adultos. En resumen, puede decirse que genes y ambiente intervienen en la etiología, con un peso mayor de los factores genéticos en los adultos y una mayor influencia de los factores ambientales en los adolescentes y en las primeras etapas de inicio del consumo. (14)

2.2.4.1.1 Mecanismos epigenéticos

Los mecanismos epigenéticos que regulan la expresión de los genes están alterados en el abuso de drogas y es probable que sean un mecanismo etiopatogenico fundamental. Los estudios en modelos animales especialmente en ratones, indican que el núcleo accumbens, la amígdala, la corteza frontal y el cuerpo estriado, son las estructuras especialmente

afectadas., las modificaciones epigenéticas que se detectan afectan a la acetilación y fosforilación de histonas y a la metilación del ADN. (11)

En la ingesta aguda y crónica de alcohol se produce una mayor acetilación de histonas en la amígdala, corteza frontal y estriado, estas alteraciones epigenéticas se traducen en el silenciamiento de genes, un silenciamiento que puede persistir a lo largo de la vida y que puede ser hereditario; al mismo tiempo estas alteraciones pueden ser reversibles, modificando la circunstancia ambiental adversa, en este caso el consumo de drogas, o mediante el hallazgo de nuevas dianas terapéuticas. (11)

2.2.4.2 Circuitos y estructuras anatómicas del sistema de recompensa

Los profundos cambios en la maduración y desarrollo del cerebro en la adolescencia, pueden explicar en alguna medida, la mayor vulnerabilidad de los adolescentes al consumo de drogas. En esta etapa de la vida tiene lugar un proceso de maduración del cerebro que consiste en aumento de la mielinización y de las arborizaciones dendríticas y en poda de sinapsis, que pueden contribuir a esa mayor vulnerabilidad. Comparar las características del cerebro de adolescentes que consumen drogas con aquellos que no lo hacen, es uno de los objetivos más interesantes de la investigación sobre el consumo y dependencia de drogas de los últimos años, un objetivo que se lleva a cabo con técnicas de imagen como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. (2,11)

Las estructuras especialmente estudiadas son la corteza Prefrontal, el cuerpo calloso y el hipocampo, observándose diferencias entre aquellos adolescentes que consumen drogas y aquellos que no las consumen. Se observa por ejemplo, una disminución en el tamaño del hipocampo, que se correlaciona con la edad del comienzo y con la duración del consumo de drogas y un menor tamaño de la corteza Prefrontal y de la sustancia blanca. En cuanto al cuerpo calloso, cuya mielinización aumenta de forma considerable en la adolescencia, los resultados son discrepantes con disminución en unas ocasiones, aumento en otras y sin diferencias. (11)

Por su parte con técnicas de imagen funcional se detectan trastornos de la función ejecutiva y de la memoria de trabajo en los pacientes. Los estudios con modelos animales indican que los circuitos y estructuras anatómicas implicadas en el consumo de drogas son aquellos que participan en los mecanismos de recompensa y refuerzo, un hecho común a todas las drogas

y que es independiente de sus propiedades farmacológicas que pueden variar de unas a otras. (11)

Dos son los sistemas que intervienen en los mecanismos de recompensa: el sistema dopaminérgico mesocortical y el denominado por algunos autores el de la amígdala extendida. El sistema dopaminérgico mesocortical fue el primero que se estudió por su papel fundamental en los mecanismos de recompensa. Se compone del área tegmental ventral; la región basal del cerebro anterior que incluye el núcleo accumbens, la corteza frontal y la amígdala; y las conexiones dopaminérgica entre ambas regiones, también denominado haz prosencefálico medial. La amígdala extendida comprende la estria terminalis, la amígdala central medial, la corteza del núcleo accumbens y la sustancia innominada sublenticular. (2,3,11)

El área tegmental ventral, la corteza Prefrontal medial, el núcleo accumbens y la amígdala son las estructuras básicas de los sistemas de recompensa, que a su vez se conecta con el hipotálamo lateral, el locus coeruleus y los núcleos del rafe. Su acción consiste en convertir los estímulos emocionales en motivaciones que se traducen en actos a través de las vías extrapiramidales, lo que explicaría la estrecha relación entre el deseo del adicto de consumir la droga y la búsqueda compulsiva de la misma. (2, 3,11)

El núcleo accumbens puede considerarse como el transformador central del sistema de recompensa, que no solo recibe mensajes de las estructuras antes indicadas sino que también se conecta con el hipotálamo lateral, regulando funciones del sistema endocrino con los núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco y la medula; y con el núcleo pálido ventral y el pálido subcomisural. Se trata por tanto de una estructura capaz de integrar funciones motoras, endocrinas, viscerales, somáticas, emocionales y conductuales. (2)

Estudios clínicos con técnicas de imágenes confirman el papel del sistema mesocortical en la respuesta al consumo de drogas. Así mediante RM funcional se observa la activación del núcleo accumbens tras la administración de cocaína, nicotina y alcohol; estas drogas además producen una activación del cíngulo y de la corteza frontal en estudios con Tomografía por emisión de positrones, la intoxicación por tetrahidrocannabinol, componente de la marihuana activa los ganglios basales y las cortezas frontal y frontorbitaria. (2)

La intoxicación etílica por su parte, disminuye el metabolismo de la glucosa en el cerebro de forma global y en los ganglios basales y el cuerpo callos en forma moderada; esta pauta de disminución se corresponde con la distribución de los receptores benzodiazepínicos. Una característica destacada del sistema mesocortical, son las múltiples vías de conexión entre sus componentes, con fibras aferentes y eferentes entre las distintas estructuras que dan lugar a circuitos de retroalimentación. De este modo desde el núcleo accumbens, parte unas vías que van al área tegmental ventral y vuelven al accumbens, mientras que otras vías de conexión entre ambas estructuras tienen lugar a través del pálido ventral. Lo mismo sucede con la corteza Prefrontal medial, esta recibe aferencias dopaminérgicas del área tegmental ventral y envía fibras eferentes glutamatergicas a esa misma estructura, al núcleo accumbens y a otras áreas. El pálido ventral recibe proyecciones GABAérgicas de carácter inhibitorio del núcleo accumbens y las envía al área tegmental ventral y al núcleo dorsomedial del talamo que a su vez se conecta con la corteza Prefrontal medial. En cuanto a la amígdala juega un papel muy importante en cuanto a los mecanismos de la emoción, el aprendizaje y la recompensa; se considera que sus conexiones con el hipotálamo regulan la expresión autonómica de los estados emocionales mientras que sus conexiones con el cíngulo y con la corteza Prefrontal regulan la dimensión cognitiva de los estados emocionales. La amígdala interviene en los mecanismos de refuerzo y recompensa de las drogas, concretamente en el refuerzo inmediato y en el consumo compulsivo, recibe aferencias dopaminérgicas del área tegmental ventral y del hipocampo y envía vías eferentes al pálido ventral y al hipotálamo. (11)

2.2.4.3 Memoria y sistema de recompensa

La memoria juega sin duda un importante papel en el abuso y dependencia de las drogas. El recuerdo placentero que guarda el sujeto de los efectos de una droga es lo que, en parte, le mueve a seguir consumiendo dicha droga, se han descrito tres tipos de aprendizaje y de memoria en el consumo de drogas (11):

El aprendizaje por asociación que comprende el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante. La respuesta puede reforzarse o por el contrario tener carácter aversivo, dependiendo de factores externos e internos. Entre los primeros están por ejemplo circunstancias sociales que contribuyen a incentivar el consumo de drogas. Entre los segundos, circunstancias personales, como el efecto subjetivo desagradable de la droga, que

mueven al sujeto a no consumirla. Esta forma de memoria tiene carácter inconsciente o implícito, tiene lugar por medio de la amígdala e interviene en la búsqueda imperiosa de droga y en las recaídas (11).

El aprendizaje mediante la adquisición de hábitos, o condicionamiento instrumental, también de carácter inconsciente, que se traduce en el animal de experimentación en movimientos compulsivos destinados al logro de la droga, intervienen el caudado y el putamen (10,11)

El aprendizaje consciente o memoria declarativa, en la que interviene el hipocampo, no está claro en qué medida y de qué forma estos tres tipos de memoria afectan el consumo de las distintas drogas, sin duda se trata de un tema complejo que requiere futuras investigaciones (11).

2.2.4.4 Sistemas de neurotransmisión y mecanismos de acción de las drogas

Las drogas actúan sobre los sistemas de neurotransmisión aumentando o disminuyendo la cantidad de neurotransmisor en la sinapsis y modificando el número de receptores. De forma esquemática puede decirse que cuando hay un aumento de neurotransmisor en la sinapsis se pone en marcha un mecanismo de compensación, que consiste en la disminución de la densidad de los receptores, lo que a su vez se traduce en la necesidad de una mayor cantidad de droga para que vuelva a producirse el mismo efecto, esto es uno de los mecanismos que explica el fenómeno de tolerancia. De modo similar cuando por efecto de la droga, el neurotransmisor en la sinapsis disminuye, aumenta el número de receptores como un modo de compensación, en el fenómeno de la tolerancia también intervienen otros mecanismos como alteraciones en el acoplamiento de los receptores e interacción con otros neurotransmisores. (2)

La acción de las drogas sobre las neuronas dopaminérgicas mesocorticales es uno de los mecanismos de acción más importantes, como se describirá, y tiene lugar a través de los cambios en los neurotransmisores, de hecho la actividad de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral se modula por numerosos mecanismos de neurotransmisión. Así, la liberación de dopamina somatodendrítica tiene una acción inhibitoria de esta actividad a través de los autorreceptores D2, por unos mecanismos de retroalimentación, mientras que la neurona GABAérgica del área tegmental ventral amplían a su vez esa acción inhibitoria. Otros neurotransmisores tienen una acción inhibitoria o excitatoria; así sucede con las

aferencias serotoninérgicas, noradrenergicas, colinérgicas, GABAérgicas, glutamatergicas y peptidérgicas, que proceden de la corteza, el tálamo, el tronco cerebral y otras áreas del sistema límbico, estas vías aferentes llegan al área tegmental ventral y establecen sinapsis con las neuronas dopaminérgicas somatodendríticas o con las interneuronas GABAérgicas(11).

En cuanto al núcleo accumbens, la administración de drogas en modelos animales, se traduce en un aumento de la dopamina extracelular. Por otra parte la neuronas GABAérgicas, colinérgicas y los receptores opioides postsinapticos de tipo Mu y Delta, tienen fundamentalmente un efecto inhibitor. En cuanto a los receptores dopaminérgicos del núcleo accumbens y del estriado no se sabe con certeza si son excitadores o inhibidores, lo más probable es que su acción dependa del propio estado de la neurona (11).

De modo resumido, los estimulantes actúan incrementando la función dopaminérgica del sistema mesocortical, aunque también actúan sobre la noradrenalina y la serotonina, aunque en menor grado. Los opiáceos, el alcohol y la marihuana facilitan la transmisión dopaminérgica mesocortical y de otros neurotransmisores como el GABA, glutamato, serotonina y péptidos opiáceos (2).

2.4.4.4.1 Mecanismo de Acción aguda del Alcohol

El alcohol y otras drogas de efecto sedante actúan sobre numerosos receptores excitadores inhibiendo su acción, como el N-metil-D-aspartato (NMDA) y los canales de calcio. Por otra parte el alcohol potencia la acción del GABA y probablemente tiene un efecto modulador de la neurotransmisión serotoninérgica. La acción reforzante del alcohol tiene lugar a través de las neuronas dopaminérgicas mesocorticales, aunque no de un modo exclusivo, pues también se produce en ausencia de estas neuronas (2).

2.2.5 Diagnostico

2.2.5.1 Criterios DSM-5 para Trastornos relacionados al uso de alcohol

Los criterios actuales de la DSM-5 respecto a los trastornos relacionados al uso de alcohol son:

La DSM-5 clasifica los trastornos relacionados con el alcohol en (15):

- Trastorno por consumo de alcohol
- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol

- Otros trastornos inducidos por el alcohol
- Trastorno Relacionado con el Alcohol no especificado

2.2.5.1.1 Trastorno por consumo de Alcohol

Los criterios para la clasificación de este trastorno dado por la DSM-5 son:

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses (15):

1. Se consume alcohol 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 de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (15).

2.2.5.1.2 Intoxicación por alcohol

Los criterios establecidos por la DSM-5 para este trastorno son (15):

A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla pastosa.

2. Incoordinación.

3. Marcha insegura.

4. Nistagmo.

5. Alteración de la atención o de la memoria.

6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia (15).

2.2.5.1.3 Abstinencia de alcohol

Los criterios diagnósticos que establece la DSM-5, para la abstinencia de alcohol son (15):

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.

B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

2. Incremento del temblor de las manos.

3. Insomnio.

4. Náuseas o vómitos.

5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.

6. Agitación psicomotora.

7. Ansiedad.

8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia (15).

2.5.4 Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del DSM-5, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en sus respectivos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar inducido por el alcohol (“Trastorno bipolar y trastornos relacionados”); trastorno depresivo inducido por el alcohol (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (“Trastornos de ansiedad”); trastorno del sueño inducido por el alcohol (“Trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por el alcohol (“Disfunciones sexuales”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación alcohólica y al síndrome confusional por abstinencia de alcohol, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia alcohólicas cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente (15).

2.2.5.1.4 Trastorno Relacionado con el alcohol no especificado

Los criterios establecidos por la DSM-5 para este trastorno son:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias (15).

2.2.5.2 Criterios CIE X-OMS para los Trastornos relacionados al Consumo de Alcohol

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. No todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.(16)

Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.(16)

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.(16)

El uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida). (16)

Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (por ejemplo, uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en F00-F09. Cuando un cuadro de delirium se superpone a uno de los trastornos incluidos en esta sección debería codificarse mediante F1x.3 o F1x.4. (16)

2.2.5.2.1 F1x.0 Intoxicación aguda

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. (16)

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación. (16)

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

"Mal viaje" (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

2.2.5.2.2 F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos).(16)

2.2.5.2.3 F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal. (16)

2.2.5.2.4 F1x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.) (16)

2.2.5.2.5 F1x.03 Con delirium. (16)

2.2.5.2.6 F1x.04 Con distorsiones de la percepción. (16)

2.2.5.2.7 F1x.05 Con coma. (16)

2.2.5.2.8 F1x.06 Con convulsiones. (16)

2.2.5.2.9 F1x.07 Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas. (16)

2.2.5.2.10 F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. (16)

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial. (16)

2.2.5.2.11 F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. (16)

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes: (16)

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de

abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. (16)

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma. (16)

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias). (16)

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres: (16)

2.2.5.2.12 F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

2.2.5.2.13 F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

2.2.5.2.14 F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

2.2.5.2.15 F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

2.2.5.2.16 F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

2.2.5.2.17 F1x.25 Con consumo continuo.

2.2.5.2.18 F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

2.2.5.2.19 F1x.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (16)

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.(16)

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. (16)

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

2.2.5.2.20 F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo. (16)

Excluye:

Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones.

F1x.41 Con convulsiones.

2.2.5.2.21 F1x.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses. (16)

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. (16)

Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.50 Ésquizofreniforme.

F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.

F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.

F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.

F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

2.2.5.2.23 F1x.6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas. (16)

Pautas para el diagnóstico

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.
Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. (16)

2.2.5.2.24 F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia. (16)

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales. (16)

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras

sustancias psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total. (16)

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicótropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres: (16)

2.2.5.2.25 F1x.70 Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicótropas. (16)

2.2.5.2.26 F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad(F07.0).

2.2.5.2.27 F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico(F06.30).

2.2.5.2.28 F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09. (16)

2.2.5.2.29 F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicótropas. (16)

2.2.5.2.30 F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

2.2.5.2.31 F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes. (16)

2.2.5.2.32 F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

2.2.6 Tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol en adolescentes

El abandono de cualquier tipo de droga o adicción conductual no suele ser tarea fácil para una persona joven. Dejar el consumo de alcohol u otro tipo de drogas, es un paso difícil para un joven, ya que la mayoría de las veces está muy relacionada con el estilo de vida y las circunstancias personales y sociales. El joven tiene que romper con el consumo y rehacer su vida (10,11).

El tipo de tratamiento más apropiado para un adolescente depende de multitud de variables, tales como el tipo de conducta adictiva, grado de implicación, recursos personales, clase social, presencia de problemas físicos o psicológicos subyacentes. Si el joven dispone de recursos personales importantes o su implicación con la droga es sólo moderada, probablemente puede dejar la droga sin tratamiento. Sin embargo una implicación seria con la droga haría aconsejable alguna modalidad de tratamiento, como la terapia psicológica en régimen ambulatorio, que es la modalidad más utilizada. Si sus recursos son muy limitados, debería considerarse formas de intervención más estructuradas o en régimen de internamiento u hospitalización (10,11).

Solamente un subgrupo de los adolescentes consumidores de drogas reúnen los criterios para el abuso o dependencia de las mismas. Hay un a escasas notable de tratamientos específicos dirigidos a este grupo poblacional. Los adolescentes no buscan tratamiento. Tampoco es lo mismo un perfil que podríamos denominar menores marginales que de menores normales. Los del primer perfil se caracterizan por estar inmersos en una problemática social importante, están implicados en actividades delictivas y han sufrido malos tratos. El pronóstico de este perfil se caracteriza por un bajo índice de éxitos. En el segundo perfil, no se observa esa desestructuración social y las drogas de consumo habituales son el alcohol, las anfetaminas y los porros. Este perfil no requeriría un tratamiento tan estructurado (17).

La primera respuesta a una demanda de tratamiento pretende: reforzar la motivación del joven para adentrarse en el proceso terapéutico; aclarar y modificar algunas reacciones poco útiles para el proceso que se va a poner en marcha; determinar qué es lo que ha movido al paciente a buscar tratamiento y determinar sus objetivos (17).

Cualquier procedimiento terapéutico que aumente la posibilidad de que un joven adicto inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional. Entre éstas destacan el proporcionar información respecto al proceso de cambio, la entrevista motivacional, la hoja de balances sobre decisiones y la matriz de decisiones (17).

En la fase de valoración o evaluación se pretende establecer un diagnóstico y realizar un análisis funcional. Hay que recabar información médica, psicológica y social. De este modo se reconocerán las causas o determinantes ambientales del consumo de drogas, junto a todos aquellos otros factores personales y fisiológicos que se relacionan con el problema adictivo (17).

En la primera fase de tratamiento es fundamental que el sujeto lleve a cabo la desintoxicación de las sustancias a las que es adicto. Hay tres modalidades de desintoxicación: Desintoxicación hospitalaria, desintoxicación ambulatoria y desintoxicación domiciliaria. La desintoxicación tiene por objetivo reducir paulatina o bruscamente el consumo de droga, de modo que la persona quede abstinentes (10,11).

El proceso de desintoxicación pretende desvincular al individuo de la droga o drogas de la que dependen, evitando que aparezca el síndrome de abstinencia. Este proceso se puede hacer mediante psicofármacos o sin ellos. En cuanto a la farmacoterapia, los protocolos desarrollados para la fase de desintoxicación de los adultos podrían ser utilizados en los adolescentes. Lo que se está haciendo actualmente durante la desintoxicación es proporcionar fármacos que atenúen el síndrome de abstinencia, así como un amplio conjunto de tratamientos, tendentes todos ellos a paliar un cuadro clínico que, aunque en la mayoría de los casos no es peligroso, puede ser muy molesto y llamativo (10,11).

En la segunda fase del tratamiento, se abordan cuestiones como la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida. En la deshabitación, el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia y logrará un cambio en el estilo de vida del joven. Las técnicas cognitivo – conductuales son básicas en esta etapa del tratamiento. Una de las técnicas fundamentales aplicables en esta fase son los procedimientos de exposición, que se inician a los dos o tres meses de haber comenzado en tratamiento y se prolonga hasta los nueve meses. El objetivo es debilitar los estímulos condicionados que provocan la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga (17).

En la tercera fase, el punto fundamental es abordar la prevención de las recaídas y proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada. Las estrategias más eficaces para la prevención de las recaídas son, sobre todo de tipo conductual y cognitivo, persiguiendo los siguientes objetivos: aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias globales y específicas de prevención de recaídas pueden agruparse en tres categorías fundamentales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva e intervención sobre estilo de vida (17).

Las sesiones de seguimiento se pueden realizar una cada 15 días, en los primeros tres meses, espaciándolas, posteriormente, a un mes y luego a dos, en los restantes nueve meses de seguimiento (17).



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local:

En la búsqueda bibliográfica no se encontró trabajos que haya estudiado estas variables,

A nivel nacional

3.1 **Autor:** Iriarte Rebaza Athina Noemí

Título: Agresividad premeditada e impulsiva según estilos de socialización parental en adolescentes del distrito de la esperanza

Resumen: El presente estudio comparativo buscó identificar las diferencias en la agresividad premeditada e impulsiva según los estilos de socialización parental en adolescentes. Se utilizó una muestra de 398 alumnos de ambos sexos, entre doce y diecisiete años del distrito de La Esperanza; evaluados con la Escala de Estilos de Socialización Parental (ESPA29) y el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA). Se encontraron diferencias significativas en la agresividad premeditada e impulsiva según los estilos de socialización parental ($p < .05$). Según los estilos de socialización parental madre en agresividad impulsiva, se evidencia diferencias altamente significativa ($p < .01$), y en agresividad premeditada, también se encontraron diferencias altamente significativa ($p < .01$). Según los estilos de socialización parental padre en agresividad impulsiva, se evidencia diferencias significativas ($p < .05$), y en agresividad premeditada, también se encontraron diferencias significativas ($p < .05$). (18)

3.2 **Autor:** Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama

Título: Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana

Resumen: Tanto el suicidio como la violencia en adolescentes son fenómenos prevalentes en el mundo. **Objetivos.** Determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. **Materiales y métodos.** Estudio transversal analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo-abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. **Resultados.** El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ($p < 0,001$). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo (OR=2,1 IC95% 0,9-4,9). **Conclusión.** Existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio (19).

3.3 Autor: Juan M. Riofrio C. & Milusca R. Villegas C.

Título: Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes - Chiclayo, 2014

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre Adaptabilidad-Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes. Metodológicamente en la investigación participaron 47 adolescentes

escolares del distrito de Chongoyape, seleccionados de instituciones públicas y privadas, siendo evaluados con la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, adaptado por Martínez (2013) y la Escala de Agresividad en la Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013). Para el análisis de datos, se utilizó el estadístico “r” de Pearson mediante el software SPSS versión 18. Se concluyó que existe relación positiva débil altamente significativa, entre el factor de desunión y los indicadores de belicosidad e impulsividad, así mismo correlación positiva débil significativa con experiencia personal y problemas académicos. Por último, se halló correlación positiva débil significativa, entre el factor caótico y los factores autosuficiencia e impulsividad (20).

A nivel internacional

3.4 Autor: Yeraldin Barbosa Moreno, Leidy Beltran Plaza, Samaura Fraile Albarracin

Título: Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá

Resumen: Se realizó una investigación de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de describir y analizar la relación entre impulsividad y la dependencia al internet y el teléfono móvil, en una muestra de 425 estudiantes con edades entre los 12 y 16 años, de los grados séptimo a undécimo de bachillerato de cuatro instituciones de la ciudad de Bogotá; para ello, se aplicaron la Escala de Impulsividad (UPPS), Cuestionarios de Parámetros de uso de internet y celular, así como el Test de dependencia al móvil (TDM) y el Test de dependencia a Internet (TDI). Los resultados indican que existe una relación baja entre impulsividad y la dependencia al internet y teléfono móvil. Así mismo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, respecto al uso de Internet y Teléfono celular, donde las mujeres

muestran patrones de dependencia mayor al celular y al internet que los hombres, mientras que en relación a la impulsividad no se encontraron diferencias significativas en ambos sexos. Finalmente, con el propósito de validar las medidas de dependencia a internet y celular, se calcularon los índices de consistencia interna encontrando un alfa de Cronbach de 0,95 para el TDI y 0.937 para el TDM, lo que sugiere que los ítems de los test miden las variables objeto de estudio. Por lo encontrado, se espera generar nuevas investigaciones, que contribuyan a la intervención psicológica de esta nueva clase de adicción. (21)

3.5 Autor: Beatriz Corbí Gran, Miguel Ángel Pérez Nieto

Título: Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes

Resumen: Ante la escasa investigación sobre las relaciones entre la impulsividad y la ansiedad en etapa adolescente, y los relevantes efectos que estas relaciones sin embargo presentan en los escasos estudios al respecto, el presente trabajo explora los efectos que la impulsividad, medida por la Escala de Impulsividad de Plutchik, puede tener en la ansiedad, medida por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-J-. Con una muestra de 677 adolescentes, los resultados muestran que una menor impulsividad tiene un efecto significativo en una mayor ansiedad generalizada a situaciones de la vida cotidiana. Las implicaciones de estos datos el papel que estrategias cognitivas típicas de la ansiedad generalizada, como la rumiación o la mayor reflexión, pueden tener en la explicación de los mismos son discutidas. (22)

3.6 Autor: Lilian Salvo G. y Andrea Castro S.

Título: Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes

Resumen: La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es uno de los instrumentos más frecuentemente usados para evaluar la impulsividad. Este artículo describe la confiabilidad y validez de la BIS-11 en adolescentes chilenos. **Sujetos y Métodos:** El estudio se efectuó en estudiantes de enseñanza media ($n = 763$). La confiabilidad se evaluó con análisis de consistencia interna y homogeneidad de los ítems. Para la validez se empleó coeficiente de correlación de Pearson y prueba t de student para muestras independientes. **Resultados:** La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,77 y su puntaje total correlacionó significativamente con impulsividad según DSM IV, impulsividad según reporte del profesor, intento de suicidio y consumo de alcohol. **Conclusiones:** La BIS-11 es una medida de impulsividad con adecuada confiabilidad y validez en esta población. (23)

3.7 Autor: Adalberto Campo-Arias, Jaider Alfonso Barros-Bermúdez, Germán Eduardo Rueda-Jaimes

Título: Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis

Resumen: *Introducción:* El cuestionario CAGE es el instrumento más usado para identificar el consumo abusivo de alcohol; pero no se conocen muchas de sus propiedades psicométricas en los adultos colombianos. *Objetivo:* Determinar la consistencia interna del cuestionario CAGE en fumadores y no fumadores adultos que informaron consumo de alcohol durante el último mes y conocer el comportamiento psicométrico frente a una entrevista clínica estructurada en un

grupo de adultos fumadores de la población general de Bucaramanga, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio de validación de una prueba diagnóstica en tres grupos de la población general. Se determinó la consistencia interna mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson y las propiedades frente a una entrevista clínica en un subgrupo de fumadores (sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de probabilidad, *kappa* de Cohen y área bajo la curva ROC). *Resultados:* La consistencia interna estuvo entre 0,753 y 0,834. En fumadores, para el punto de corte de 2, la sensibilidad fue 66,7% (IC95%: 38,8-87,0); la especificidad, 86,0% (IC95%: 73,7-93,3); el valor predictivo positivo, 55,6% (IC95%: 31,3-77,6); el valor predictivo negativo, 90,7% (IC95%: 78,9-96,5); la razón de probabilidad positiva, 4,8; la razón de probabilidad negativa, 0,39; la *kappa* media de Cohen, 0,490 (IC95%: 0,253-0,727), y el área bajo la curva ROC, 0,805 (IC95%: 0,680-0,929). *Conclusiones:* El cuestionario CAGE muestra aceptable consistencia interna y modestas propiedades cuando se compara con una entrevista clínica en personas fumadoras. (24)

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Determinar el Nivel de Impulsividad, las características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

4.2. **Específicos**

- 1) Identificar el Nivel de Impulsividad en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.
- 2) Identificar el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.
- 3) Determinar las características epidemiológicas más frecuentes en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.
- 4) Determinar si existe asociación entre el Nivel de Impulsividad, tipo de Consumo de Alcohol y determinadas características epidemiológicas en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

5. **Hipótesis**

Dado que los Niveles de Impulsividad pueden predisponer al desarrollo de trastornos por uso de sustancias, entre estas el alcohol, existirá asociación entre los niveles de Impulsividad y el tipo de consumo de Alcohol y se compartirá características epidemiológicas comunes en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) (Anexo 2) y Cuestionario para consumo de alcohol CAGE (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

5. Campo de verificación

2.5. Ubicación espacial: La investigación se realizara en Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.6. Ubicación temporal: La investigación se realizara en los meses de Enero de 2017 y Marzo de 2017

2.7. Unidades de estudio: Estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.8. Población: Estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Estudiante inscrito en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- Participación voluntaria en el estudio

- **Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

6. Estrategia de Recolección de datos

3.2. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, así como se informará al personal de dicha institución.

3.3. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.4. Validación de los instrumentos

3.3.1 Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es un instrumento extensamente usado en investigación psicológica, psiquiátrica, sociológica y educativa. La versión inicial data de 1959, fue desarrollada como parte de un intento por relacionar ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora. Una revisión posterior de los análisis factoriales de otros autores convencieron a Barratt que la impulsividad no es un constructo unidimensional. Planteó que la impulsividad está compuesta de tres subrasgos. Así, la BIS (versión 10) fue rediseñada para medir esos tres componentes, a priori definidos. Barratt denominó estos subrasgos como impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Posteriormente, dicha estructura ha sido reiteradamente demostrada en la literatura. La BIS11 es la versión de la Escala de Impulsividad de Barratt actualmente en uso, psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente más empleada, en adultos y adolescentes. En los diferentes estudios ha demostrado adecuados parámetros de confiabilidad y validez. La impulsividad medida por este instrumento ha correlacionado con múltiples desórdenes impulsivos, entre ellos: agresividad, autoagresiones, conducta suicida, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de personalidad antisocial; en poblaciones clínicas y no clínicas. es una escala diseñada para evaluar impulsividad. Consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada ítems consta de cuatro opciones de

respuesta (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). Puede ser auto o heteroaplicada. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems (23).

La escala de impulsividad de Barrat (BIS – 11) es un cuestionario autoadministrado consta de 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (1 = Nunca o raramente; 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = siempre o casi siempre) en donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad. No obstante, algunos ítems son inversos para evitar un sesgo de respuesta. (23)

3.3.1.2 Propiedades Psicométricas

3.3.1.2.1 Fiabilidad

Con el objetivo de determinar la confiabilidad de la prueba se realizó una correlación ítem-test. Los resultados obtenidos demostraron que cinco ítems no presentaron correlaciones significativas ítem – test (Patton et al., 1995). Los ítems cuyas correlaciones no resultaron significativas fueron: 19 (“I have regular health checkups”), 26 (“I walk and move fast”), 27 (“I solve problems by trial and error”) y 33 (“I like puzzles”). Los tres primeros ítems también tuvieron problemas para diferenciar entre los distintos grupos por lo cual fueron retirados de análisis posteriores. Los restantes 31 ítems fueron sometidos nuevamente a un análisis correlación ítem – total de la prueba en donde el ítem 29 fue descartado al no presentar una correlación significativa ($p < 0.05$) y por no diferenciar entre puntajes extremos (Patton et al., 1995). Así, fueron eliminados 4 ítems del BIS-11 (23).

Específicamente en adolescentes Para evaluar la validez concurrente de la BIS- 11, se correlacionó su puntaje total con el puntaje obtenido en la escala de Impulsividad-DSM-IV.

Se encontró una correlación directa, altamente significativa entre ambas escalas ($r(761) = 0,55, p < 0,001$). Dicha validez también fue estudiada a través de la comparación entre el puntaje de la BIS- 11 obtenido en el grupo de adolescentes impulsivos y el grupo de adolescentes no impulsivos. El análisis permitió concluir que existe una diferencia significativa entre ambos grupos, $t(761) = 7,02, p < 0,001(23)$.

3.3.1.2 Validez y Consistencia Interna

Se evaluó la Consistencia interna por medio del alfa de Cronbach (α). Los resultados obtenidos fueron un α de 0.82 estudiantes universitarios, un α de .83 en pacientes psiquiátricos, α de .80 en reos y un α de .79 en pacientes con adicción a sustancias, es decir, la consistencia interna de la prueba se encontró en los límites de lo aceptable (23).

3.3.1.3 Interpretación

La escala de impulsividad de Barrat (BIS – 11) consta de 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (1 = Nunca o raramente; 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = siempre o casi siempre) en donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad (Patton et al., 1995). No obstante, algunos ítems son inversos para evitar un sesgo de respuesta (Patton et al., 1995). Los puntajes de la prueba varían desde 30 hasta 120 y no hay un punto de corte establecido tal como lo señala Von Diemen et al. (2007). Al respecto, Stanford et al. (2009) señala que en previos estudios han usado el puntaje de 74, el cual es una desviación estándar por encima de la media reportada en Patton et al. (1995), para designar que un individuo posee alta impulsividad, y aquellos por debajo de este puntaje poseen una baja impulsividad (23).

3.3.2 Cuestionario para el consumo de alcohol (CAGE).

Existen, para uso clínico y en investigación poblacional, varios instrumentos breves para identificar posibles casos de consumo problemático de alcohol (abuso y dependencia de

alcohol). El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas) y poblaciones. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol (24).

El cuestionario CAGE es la escala más conocida, ampliamente utilizada y validada en diferentes contextos. Este instrumento ha mostrado ser tan bueno como los marcadores bioquímicos para identificar dependencia de alcohol. Para la escala se ha documentado en diferentes investigaciones una consistencia interna entre 0,52 y 0,90, con un promedio de 0,74. Asimismo, ha presentado aceptable sensibilidad y especificidad cuando se ha comparado con una entrevista clínica para abuso o dependencia de alcohol (24).

Consta de las siguientes preguntas:

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Have you felt the need to Cut down drinking? Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Have you ever felt Annoyed by criticism of drinking? Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Have you had Guilty feelings about drinking? Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Do you ever take a morning Eye opener (a

drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)? Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos (24).

3.3.2.1 Interpretación

Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. Los datos de diferentes estudios sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado. - Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo (24):

- 0-1 Bebedor social
- 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia
- 3 Consumo perjudicial
- 4 Dependencia alcohólica

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones. - Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad

para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE, tampoco distingue entre consumo actual y pasado (24).

3.5. Criterios para manejo de resultados

f) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, Anexo 2 y Anexo 3 serán tabulados y posteriormente pasados a una matriz de datos para facilitar su interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 17				Febrero 17				Marzo 17				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

Fecha de inicio: 01/01/17

Fecha probable de término: 15/03/17



V. Bibliografía Básica

- 1.- Belloch A., Sandin B., Ramos F. Manual de Psicopatología, McGraw-Hill/Interamericana-España ;2008. Cap.18 p.406-425
- 2.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 11 ed. Wolters Kluver(NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers;2014. Cap.49 p.1258-63
- 3.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio Cateyes JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed.Corporacion para Investigaciones Biologicas;2010.Cap.13 p.168-172
- 4.-Dalley JW, Roiser JP. (2012). “Dopamine, serotonin and impulsivity”. Neuroscience, 215, 42-58.
- 5.-García Ribas, G. (2002). “Neuroanatomía de la impulsividad”. Psiquiatría Biológica, 9 (Supl. 2): 10-154.
- 6.-Arranz B, San Molina L. (2008) “Neurobiología de la impulsividad”. En: Ros S, Ed. Impulsividad. Ars Medica, Barcelona.
- 7.- Gil M, Roca M. (2000). “Psicopatología de la acción y la voluntad”. En: Luque R, Villagran JM, Eds. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Ed Trotta, Madrid.
- 9.- Philip F. Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura., Prentice Hall, Madrid; 2000. Cap. 8 p.173-81
- 10.- Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana;2010. Cap. 9 p.145-63
- 11.-Mardomingo, MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana; 2009. Cap. 24 p.931-936
- 12.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 13.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General Anales de Salud Mental Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima
- 14.- Pavlov KA, Chistiakov DA, Chekhonin VP. (2012). “Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans”. J Appl Genet. Feb; 53 (1): 61-82.
- 15.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

- 16.- Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator
- 17.- Becoña E., Vásquez F., Manual de psicología clínica infantil y del adolescente 4ed. Ediciones Pirámide – España; 2006. Cap.7.p. 213-233
- 18.- Iriarte A., Agresividad premeditada e impulsiva según estilos de socialización parental en adolescentes del Distrito de la Esperanza, Trujillo 2009, Tesis para obtener el título profesional de Psicólogo, UCV
- 19.- Cano, P., Gutiérrez, C., Nizama, J. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana, Rev. Perú. med. exp. salud publica [online]. 2009, vol.26, n.2 [citado 2017-01-19], pp. 175-181
- 20.- Riofrio J., Villegas M. Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes - Chiclayo, 2014. Rev. PAIAN VOL. 6 /Nº 1. ISSN N°2313-3139/2015
- 21.- Barbosa, Y., Beltran, L., Fraile S., Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá, Tesis para obtener el Título de Psicólogo, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología, 2015
- 22.-Corbí B., Pérez, J., Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Dpto. de Psicología. Facultad de CC de la Salud. Universidad Camilo José Cela, Colombia 2009.
- 23.- Salvo L., Castro A., Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Rev. chil neuro-psiquiat 2013; 51 (4): 245-254
- 24.-Campo-Arias,A., Barros-Bermúdez,J., Rueda-Jaimes,G., Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 2 / 2009

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

A continuación le solicitamos marcar la alternativa respecto a cada ítem citado:

EDAD:	Menos de 18 años ()	18 años ()	19 años ()	20 años ()	Mas de 20 años
SEXO:	Masculino ()	Femenino ()			
PROCEDENCIA:	Arequipa ()	Otros ()			
RELIGION:	Católica ()	Evangelista ()	Cristiana()	Otra ()	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:					
	Secundaria incompleta()	Secundaria completa()	Superior incompleta ()		

Anexo 2: Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente.

	Raramente o Nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A Menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto(a) por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actuo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Anexo 3: Cuestionario CAGE para el consumo de Alcohol (CAGE).

Responde la siguiente serie de preguntas, de manera sincera y marque con una (X), lo que considere correcto.

	SI	NO
1. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que debería beber (alcohol) menos?		
2. ¿Alguna vez le ha molestado que la gente critique su manera de beber?		
3. ¿Alguna vez se ha sentido usted culpable en relación a su manera de beber?		
4. ¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas, para tranquilizarse o quitarse la resaca, tras haber bebido la noche anterior?		

ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS



	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	RELIGIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE IMPULSIVIDAD BIS-11	CONSUMO DE ALCOHOL
1	0	0	0	3	1	30	0
2	0	1	0	0	1	53	0
3	0	0	0	0	1	39	1
4	0	1	0	0	1	36	0
5	0	0	0	0	1	29	0
6	0	0	0	2	1	38	0
7	2	1	0	0	1	32	0
8	0	0	0	0	1	26	0
9	0	0	1	0	1	54	0
10	0	0	0	2	0	43	1
11	0	1	0	0	1	40	0
12	0	1	0	0	1	42	0
13	1	1	1	0	1	67	2
14	0	0	0	0	1	56	2
15	0	1	1	0	1	28	0
16	0	0	0	0	1	45	0
17	1	0	1	2	1	50	0
18	2	1	1	2	1	50	0
19	0	1	0	1	1	65	3
20	0	0	1	0	1	32	0
21	2	0	0	0	1	58	2
22	1	0	1	2	1	56	0
23	0	1	0	1	1	76	2
24	0	1	0	0	1	56	1
25	0	0	1	0	1	58	0
26	0	1	0	0	1	36	1
27	0	1	0	3	1	42	1

28	0	1	1	0	1	46	0
29	0	0	1	0	1	46	0
30	1	1	0	0	1	32	0
31	0	0	0	0	1	55	0
32	0	1	0	0	1	59	2
33	0	1	0	0	1	37	1
34	0	0	0	0	1	56	0
35	2	0	1	0	1	40	0
36	0	1	1	0	1	34	0
37	3	1	0	0	1	45	2
38	0	1	0	0	1	34	1
39	0	1	1	0	1	74	2
40	0	0	0	0	1	35	0
41	2	1	0	0	1	36	0
42	0	0	1	0	1	46	0
43	3	1	1	0	2	59	0
44	0	1	0	0	1	18	0
45	0	1	0	0	1	24	0
46	0	1	0	0	1	21	0
47	0	1	0	0	1	68	0
48	0	1	0	0	1	20	0
49	0	1	0	0	1	60	0
50	0	1	0	0	1	80	1
51	0	1	0	0	1	38	1
52	0	1	0	3	1	47	0
53	1	0	0	0	2	63	0
54	0	0	0	0	1	51	2
55	0	1	0	0	0	35	0

56	1	0	1	0	1	50	1
57	0	0	0	0	1	32	3
58	0	0	1	0	1	47	0
59	0	0	0	0	1	44	1
60	0	0	0	0	1	42	0
61	0	1	0	0	1	48	2
62	0	0	0	0	1	41	0
63	0	0	0	0	1	45	0
64	1	0	0	0	1	45	1
65	0	1	0	0	1	51	0
66	2	0	0	0	1	40	0
67	0	0	0	0	1	47	1
68	0	1	1	2	1	30	1
69	0	1	0	0	1	18	0
70	0	1	0	0	1	41	0
71	0	0	0	0	1	40	0
72	1	1	0	0	1	31	0
73	0	1	1	0	1	54	2
74	0	1	1	0	1	75	3
75	1	0	0	0	1	66	0
76	3	0	1	2	1	34	0
77	0	1	1	3	1	41	0
78	0	0	0	0	1	57	3
79	0	0	1	0	1	47	2
80	2	1	0	2	2	43	2
81	0	1	0	2	1	40	0
82	0	0	0	0	1	41	1
83	0	0	0	0	1	55	2

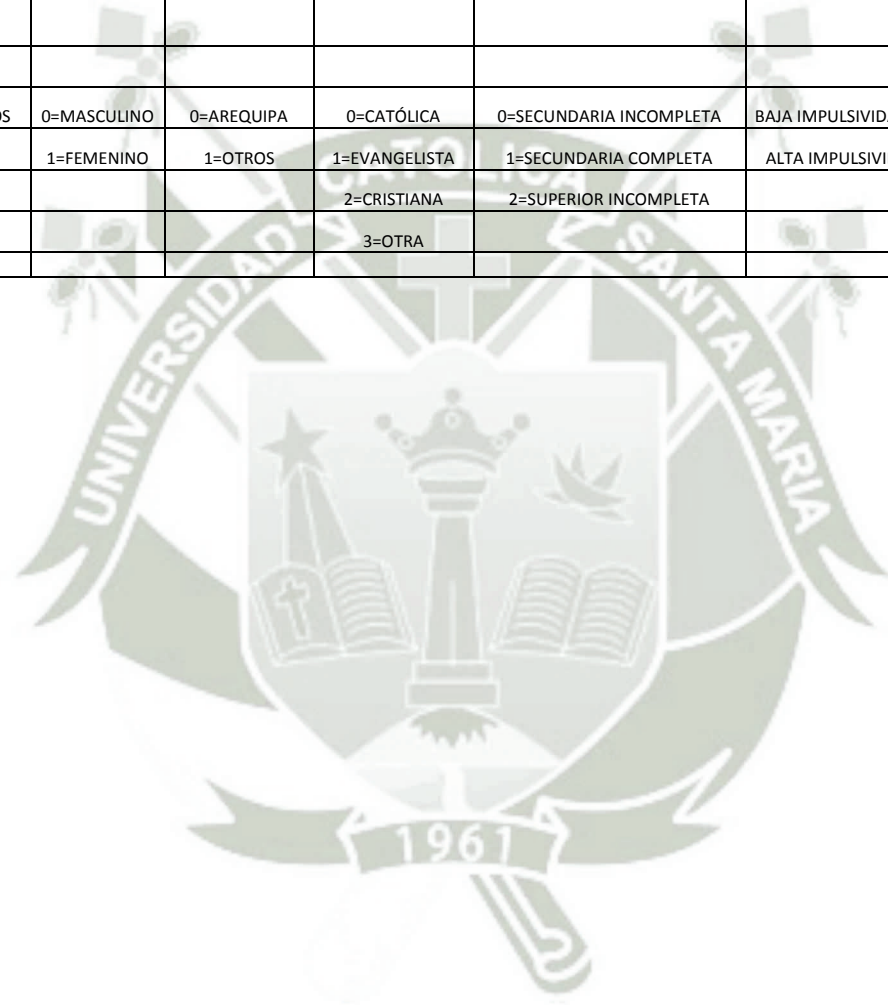
84	1	1	0	0	1	31	1
85	0	1	0	0	1	45	0
86	0	0	0	0	1	62	0
87	2	0	0	0	1	47	2
88	0	0	0	0	1	76	3
89	0	1	0	0	1	36	0
90	0	0	1	2	1	50	0
91	0	0	0	3	1	49	0
92	0	1	0	0	1	47	0
93	0	1	0	0	1	51	0
94	0	0	0	0	1	35	0
95	0	0	0	1	0	53	1
96	0	0	0	0	1	41	0
97	2	0	0	0	1	43	1
98	0	0	1	2	1	36	0
99	0	0	0	0	1	61	0
100	0	0	0	0	1	42	0
101	0	1	0	0	1	45	0
102	0	0	0	0	1	62	0
103	2	0	0	0	1	47	2
104	0	0	0	0	1	76	3
105	0	1	0	0	1	36	0
106	0	0	1	2	1	50	0
107	0	0	0	3	1	49	0
108	0	1	0	0	1	47	0
109	0	1	0	0	1	51	0
110	0	0	0	0	1	35	0
111	0	1	1	0	1	75	3

112	1	0	0	0	1	66	0
113	3	0	1	2	1	34	0
114	0	1	1	3	1	41	0
115	0	0	0	0	1	57	3
116	0	0	1	0	1	47	2
117	2	1	0	2	2	43	2
118	0	1	0	2	1	40	0
119	0	0	0	0	1	41	1
120	0	0	0	0	1	55	2
121	1	1	0	0	1	31	1
122	0	1	0	3	1	47	0
123	1	0	0	0	2	63	0
124	0	0	0	0	1	51	2
125	0	1	0	0	0	35	0
126	1	0	1	0	1	50	1
127	0	0	0	0	1	32	3
128	0	0	1	0	1	47	0
129	0	0	0	0	1	26	0
130	0	0	1	0	1	54	0
131	0	0	0	2	0	43	1
132	0	1	0	0	1	40	0
133	0	1	0	0	1	42	0
134	1	1	1	0	1	67	2
135	0	0	0	0	1	56	2
136	0	1	1	0	1	28	0
137	0	0	0	0	1	45	0
138	1	0	0	0	2	63	0
139	0	0	0	0	1	51	2

140	0	1	0	0	0	35	0
141	1	0	1	0	1	50	1
142	0	0	0	0	1	32	3
143	0	0	1	0	1	47	0
144	0	0	0	0	1	44	1
145	0	0	1	0	1	47	0
146	0	0	0	0	1	26	0
147	0	0	1	0	1	54	0
148	0	0	0	2	0	43	1
149	0	1	0	0	1	40	0
150	0	1	0	0	1	42	0
151	1	1	1	0	1	67	2
152	0	1	1	0	1	75	3
153	1	0	0	0	1	66	0
154	3	0	1	2	1	34	0
155	0	1	1	3	1	41	0
156	0	0	0	0	1	57	3
157	0	0	1	0	1	47	2
158	2	1	0	2	2	43	2
159	0	1	0	2	1	40	0
160	0	0	0	0	1	41	1
161	0	0	0	0	1	55	2
162	1	1	0	0	1	31	1
163	0	1	0	0	1	45	0
164	0	0	0	0	1	62	0
165	0	1	1	2	1	30	1
166	0	1	0	0	1	18	0
167	0	1	0	0	1	41	0

168	0	0	0	0	1	40	0
169	1	1	0	0	1	31	0
170	0	1	1	0	1	54	2
171	0	1	0	0	1	36	1
172	0	1	0	3	1	42	1
173	0	1	1	0	1	46	0
174	0	0	1	0	1	46	0
175	1	1	0	0	1	32	0
176	0	0	0	0	1	55	0
177	0	1	0	0	1	59	2
178	0	1	0	0	1	37	1
179	0	0	0	0	1	56	0
180	2	0	1	0	1	40	0
181	0	1	1	0	1	34	0
182	0	0	0	0	1	79	3
183	0	0	1	0	1	47	2
184	2	1	0	2	2	43	2
185	0	1	0	2	1	40	0
186	0	0	0	0	1	41	1
187	0	0	0	0	1	78	2
188	0	0	1	0	1	76	2
189	2	1	0	2	2	77	2
190	0	1	0	2	1	40	0
191	0	0	0	0	1	41	1
192	0	0	0	0	1	75	2
193	1	1	0	0	1	31	1
194	0	1	0	3	1	47	0
195	1	0	0	0	2	63	0

196							
197							
198							
199							
200							
	0=MENOS DE 18 AÑOS	0=MASCULINO	0=AREQUIPA	0=CATÓLICA	0=SECUNDARIA INCOMPLETA	BAJA IMPULSIVIDAD= MENOS DE 74	0=NO BEBEDOR
	1=18 AÑOS	1=FEMENINO	1=OTROS	1=EVANGELISTA	1=SECUNDARIA COMPLETA	ALTA IMPULSIVIDAD= MÁS DE 74	1=BEBEDOR SOCIAL
	2=19 AÑOS			2=CRISTIANA	2=SUPERIOR INCOMPLETA		2=CONSUMO DE RIESGO
	3=20 AÑOS			3=OTRA			3=CONSUMO PERJUDICIAL
	4=MÁS DE 20 AÑOS						4=DEPENDENCIA ALCOHÓLICA



I. PREÁMBULO

La impulsividad se define como conducta adaptativa que puede sustraernos de distintas amenazas, especialmente cuando la reacción impulsiva se produce en situaciones donde lo más prudente es activar un comportamiento en “modo ataque-huida”. El peligro inminente requiere una respuesta inmediata. No obstante, estos reflejos conductuales pueden ser disfuncionales en el mundo complejo de interrelaciones en el que vivimos hoy los seres humanos, y específicamente los adolescentes que experimentan una etapa de cambios muy susceptibles a desarrollar psicopatología estas pautas de comportamiento incluida la impulsividad puede alejarse del contexto ambiental en el que inicialmente se desarrollaron para la supervivencia. El impulso nos ayuda a ser curiosos y creativos, a cambiar y adaptarnos. Pero una constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración puede desembocar en conductas impulsivas disfuncionales.

Los trastornos por consumo de sustancias, son muy frecuentes en la población general, y especialmente importantes en la adolescencia, según la encuesta de Devida del año 2014 aproximadamente 80% de la población de adolescentes han consumido alguna vez algún tipo de droga, dentro de estas el alcohol figura como una de las más accesibles y de fácil desarrollo de dependencia y tolerancia, los factores conductuales en el desarrollo del consumo del mismo son importantes, siendo uno de estos la impulsividad, siendo mucho más frecuente el uso y abuso de sustancias en personas con elevados niveles de la misma, es por tal motivo mi interés de estudiar la asociación entre estos factores.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el Nivel de Impulsividad, las características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de conducta
Trastornos relacionados con el consumo de sustancias

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
Características Epidemiológicas	Edad	Años	De razón
	Sexo	Masculino, Femenino	Nominal
	Procedencia	Arequipa, Otros	Nominal
	Religión	Católica, Evangelista Cristiana, Otros	Nominal
	Nivel de instrucción	Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta	Ordinal
Impulsividad	Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)	Puntaje Total < 74: Baja impulsividad Puntaje Total > 74: Alta Impulsividad	Ordinal
Consumo de Alcohol	Cuestionario para consumo de alcohol CAGE	0 No bebedor 1 Bebedor social 2 Consumo de riesgo 3 Consumo perjudicial 4 Dependencia alcohólica	Ordinal

b) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de Impulsividad en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?
2. ¿Cuál es el tipo de consumo de alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?
3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?
4. ¿Existe asociación entre el Nivel de Impulsividad el tipo de Consumo de Alcohol y determinadas características epidemiológicas, en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017?

c) Tipo de investigación:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: Al haber realizado la búsqueda de trabajos similares, no se encontró alguno que asocie nivel de impulsividad y tipología del consumo de alcohol en población adolescente.

Relevancia Científica: La impulsividad es un rasgo conductual que está presente en múltiples trastornos mentales, uno de estos el relacionado con el uso de sustancias psicoactivas entre estos el consumo de alcohol.

Relevancia Social: La población de adolescentes, es un grupo que está en

proceso de maduración biopsicosocial, el desarrollo de niveles altos de impulsividad, puede conllevar al desarrollo de conductas adictivas, delictivas que repercutirán en su integración social futura.

Relevancia Contemporánea: La Adolescencia se caracteriza por una serie de cambios biopsicosociales, los adolescentes son un grupo poblacional de riesgo y la fuente posterior de desarrollo de un país, tanto en materia educativa, económica y sociocultural.

Interés Personal: Durante el desarrollo de mis estudios de pregrado en la practicas clínicas, así como todo el año de mi Internado Médico observe tanto en mis rotaciones por Medicina Interna, así como en Pediatría que el consumo de alcohol de manera específica en adolescentes es frecuente, así como la presencia de rasgos de comportamientos impulsivos que podrían predisponer al consumo del mismo, además de que podrían existir algunas características epidemiológicas asociadas a ambas variables es por eso mi interés en encontrar dichas asociaciones y de esta manera aportar en el conocimiento de estos trastornos en una población de adolescentes.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Impulsividad

2.1.1 Impulsos, voluntad y atención

2.1.1.1 Definición

La impulsividad no debe entenderse de forma exclusiva en el marco de la psicopatología. Como conducta adaptativa puede sustraernos de distintas amenazas, especialmente cuando la reacción impulsiva se produce en situaciones donde lo más prudente es activar un comportamiento en “modo ataque-huida”. El peligro inminente requiere una respuesta inmediata. No obstante, estos reflejos conductuales pueden ser disfuncionales en el mundo complejo de interrelaciones en el que vivimos hoy los seres humanos, ya que son pautas de comportamiento muy alejadas del contexto ambiental en el que inicialmente se desarrollaron para la supervivencia. Frente a la reacción, la reflexión aporta ventajas evolutivas a la mente humana considerada como órgano relacional. El impulso ligado a la voluntad alienta nuestra vitalidad; sin él caeríamos en la abulia y el estancamiento. El impulso nos ayuda a ser curiosos y creativos, a cambiar y adaptarnos. Pero una constante avidez por las novedades junto a la intolerancia a la frustración puede desembocar en conductas impulsivas disfuncionales. Un modelo de sociedad que alienta ciudadanos en permanente “modo consumo” fomenta un impulso estéril, insaciable y permanentemente insatisfecho. La dificultad para aceptar el sufrimiento cotidiano junto a la mencionada intolerancia a la frustración nos conduce a un funcionamiento no reflexivo, en piloto automático, que procura la evitación a toda costa del displacer y busca ávidamente experiencias gratificantes (1).

Frente a la reacción automática, se encuentra la capacidad de estar atento. De alguna manera atención e impulsividad representan los extremos de una polaridad dimensional. Las filosofías orientales insisten en el valor de aceptar lo que acontece tal como es, de permanecer presentes en lo que ocurre sin juzgarlo, manteniendo un estado de atención que permita ocupar el momento de forma consciente. La psicoterapia basada en la atención plena o *mindfulness* invita a abandonar el funcionamiento reactivo, impulsivo o en piloto automático, y a desarrollar una capacidad de observación de la experiencia que dé lugar a un comportamiento reflexivo. (1)

2.1.1.2 ¿Cómo definir la impulsividad?

En la vida cotidiana podemos encontrar conductas impulsivas que tendrán mayor o menor grado de éxito adaptativo. En el ámbito de la psicopatología hallaremos estas conductas dispersas por toda la nosografía psiquiátrica. La impulsividad forma parte integrante de un amplio rango de trastornos mentales, desde las psicosis a los trastornos de la personalidad, pasando por las adicciones comportamentales y a sustancias, las conductas suicidas, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o los trastornos específicos de control de impulsos, por señalar sólo algunos ejemplos. En términos muy amplios, la impulsividad hace referencia a un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias. (1,2)

Una definición precisa y operativa del término “impulsividad” varía mucho según las diferentes fuentes y estudios manejados: la impulsividad no es un constructo único ni simple, implica diversas dimensiones en un fenómeno multifacético. (1)

En una primera aproximación podríamos decir que un acto impulsivo es aquel que:(1,2)

- Se produce como respuesta conductual inmediata frente a un estímulo externo o interno.
- Es irreflexivo y no tiene en cuenta experiencias previas ni consecuencias futuras, no es planificado.
- No se adapta a los requerimientos del contexto y por tanto no suele tener eficacia adaptativa.
- Suele estar teñido de un componente emocional nuclear.

Este concepto de fenómeno impulsivo es congruente con el modelo de déficit de inhibición de la conducta, que estudiaremos más adelante. Existen otros actos impulsivos que se ajustan mejor al espectro de los fenómenos obsesivo-compulsivos (impulsividad compulsiva). (2)

La impulsividad compulsiva se define según las siguientes características (2):

- Imposibilidad de resistirse a actuar cuando aparece ante la conciencia un determinado estímulo interno o externo.
- La resistencia inicial a llevar a cabo la conducta se acompaña de intenso malestar y tensión creciente, que solo cede al ejecutar el acto.
- Junto al alivio del malestar pueden aparecer sensaciones gratificantes que favorecen el refuerzo positivo de la conducta.

- Una vez cesado el alivio de la tensión, pueden generarse sentimientos de culpa o fracaso.
- Estas conductas parecen agravarse en momentos de mayor ansiedad o estrés para el sujeto.

Algunos ejemplos de impulsividad compulsiva los encontraremos con frecuencia en los atracones bulímicos, las conductas autolesivas o la cleptomanía.

Clásicamente la impulsividad ha sido vinculada a la esfera de los fenómenos volitivos. Más adelante se ha puesto el acento en sus aspectos emocionales o afectivos, caracterizándola en términos de ira o intolerancia a la frustración. Otros autores harán hincapié en los aspectos cognitivos, atencionales o de procesamiento de la información (2,3).

Las neurociencias intentan añadir claridad al concepto de impulsividad, desentrañando sus bases neuroquímicas y sustratos neuroanatómicos. La neuropsicología ahonda en los determinantes del control e inhibición de respuesta y refina los instrumentos que permiten medirla de forma fiable. Es necesario integrar todo este campo de conocimientos en un constructo que sea coherente con la fenomenología y útil en la clínica y su abordaje terapéutico. (4)

2.1.2 Bases neurobiológicas de la Impulsividad

Es incuestionable que para establecer un modelo integrador de la impulsividad debemos tener en cuenta los hallazgos que provienen de las neurociencias. (4)

La neuroanatomía señala, como bases anatómicas del control de los impulsos, a un complejo sistema de circuitos neuronales que implican al córtex prefrontal, el núcleo accumbens, la amígdala, el área tegmental ventral y los núcleos del rafe (4). No obstante, como hemos señalado, la impulsividad es un constructo heterogéneo y hay evidencias que indicarían la existencia de distintos sustratos neurobiológicos subyacentes a los componentes de la impulsividad. Por ejemplo, los sustratos neurobiológicos para la respuesta prematura (*Five-Choice Serial Reaction Time Task*) serían diferentes a los que subyacen en la respuesta impulsiva (medida por el *Delayed Discounting Task*), diferencias que tendrían implicaciones terapéuticas. Distintos psicofármacos actúan específicamente en estos componentes diferenciados de la impulsividad, como se ha estudiado en la respuesta frente a la atomoxetina y el metilfenidato en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad (5).

Dopamina y serotonina son los neurotransmisores que más se han relacionado con la impulsividad (aunque también se hallan involucrados las catecolaminas, GABA, glutamato y sistema neuroendocrino). Aunque no es este el lugar para profundizar en la neuroquímica de la impulsividad, señalaremos algunos datos que pueden ser interesantes a la hora de reflexionar sobre un modelo operativo de la impulsividad. En primer lugar es preciso indicar que no existe una influencia única o monotónica ni de la dopamina ni de la serotonina en ninguno de los aspectos de la impulsividad; es necesario caracterizar con precisión la naturaleza de las interacciones entre neurotransmisores en las distintas dimensiones de la impulsividad (4).

Las alteraciones de la neurotransmisión serotonina/dopamina afectan de forma desigual a diversos aspectos de la conducta impulsiva, debido a la participación de diferentes áreas cerebrales y substratos neuroquímicos (4). Por ejemplo, los niveles de dopamina de la corteza prefrontal intervienen en el procesamiento de la expectativa de la recompensa; los niveles de serotonina a ese nivel podrían influir en decisiones impulsivas y de bajo autocontrol. (4)

La impulsividad rasgo, estable, se vincula a sutiles equilibrios dopamina/serotonina. Un modelo ya clásico describe la interacción entre sistemas facilitadores de la conducta vinculados a la neurotransmisión dopaminérgica y sistemas inhibitorios relacionados con la serotonina. La serotonina facilita la inhibición prefrontal, por lo que una actividad serotoninérgica insuficiente puede incrementar la impulsividad agresiva. (5)

Los estudios realizados con el *Continuous Performance Test* (CPT) permiten medir la impulsividad relacionada con la incapacidad para retrasar o demorar la respuesta. En este test, los errores de omisión, relacionados con la atención, parecen vinculados a una hipofunción dopaminérgica, mientras que los errores de comisión, más ligados a la impulsividad, estarían determinados por una hipofunción serotoninérgica (5).

Pero la relación entre impulsividad y serotonina dista de estar claramente definida. Parece existir una relación entre la disminución de la función serotoninérgica y la impulsividad/agresividad en pacientes con trastornos de la personalidad (especialmente aquellos encuadrados en el cluster B de la DSMIV- TR). La serotonina facilita la inhibición prefrontal, por lo que una actividad serotoninérgica insuficiente puede incrementar la impulsividad agresiva caracterial. No obstante, la ausencia de una asociación consistente

entre la actividad serotoninérgica y la impulsividad en pacientes con trastornos de ansiedad o afectivos pone en duda la existencia de una relación dimensional inversa entre función serotoninérgica y conducta impulsiva (6,7).

2.1.3 Bases Genéticas

La predisposición genética a la agresividad/impulsividad parece verse afectada por las variantes genéticas polimórficas de los sistemas serotoninérgicos. Estos sistemas influyen en los niveles de serotonina en el Sistema Nervioso Central, en el grado de producción de serotonina, y en su liberación y degradación en la sinapsis. Entre estas variantes, pueden ser de particular importancia los polimorfismos funcionales de la monoaminoxidasa A (MAO-A) y los transportadores de serotonina (5-HTT), debido a la relación entre estas variantes y ciertos cambios anatómicos en el sistema límbico de sujetos que expresan altos niveles de agresividad.(6)

Los varones están sobrerrepresentados en conductas socialmente problemáticas como la agresividad y la conducta criminal, relacionadas clásicamente con la impulsividad. No obstante, las diferencias de la impulsividad entre sexos utilizando medidas objetivas de conducta no son concluyentes, y dependen en gran medida de las tareas evaluadas, del constructo teórico utilizado y de las muestras seleccionadas. Por ejemplo, se ha intentado demostrar diferencias entre sexos en tres dimensiones de la impulsividad: hipersensibilidad a la recompensa, hiposensibilidad al castigo e inadecuado control del esfuerzo (*effortful control*). Desde un punto de vista evolutivo y congruente con distintas teorías de la personalidad, podría predecirse que las diferencias entre sexos serían más claras en tareas que impliquen riesgo, mostrando los varones una mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones, más sensibilidad a la recompensa y menor sensibilidad al castigo. Se ha demostrado claramente la presencia en mujeres de mayor sensibilidad al castigo y en varones mayor búsqueda de sensaciones, pero no aparece una mayor sensibilidad a la recompensa. Los resultados indicarían fuertes diferencias en aspectos motivacionales del control de las conductas. Los varones tienen mayor tendencia que las mujeres a inmiscuirse en actividades que resulten novedosas o de alto nivel de estimulación. Este tipo de conducta puede variar con el tiempo y el contexto social. Las diferencias entre sexos en la tendencia a la búsqueda de sensaciones pueden reflejar una predisposición genética que interactúa con información socialmente transmitida. (6,7)

2.1.4 Impulsividad como dimensión, trastorno o síntoma

A lo largo del siglo xx el impulso y sus trastornos se consideran desde una perspectiva más compleja y multidimensional, alejada conceptualmente a los desórdenes de la voluntad como elemento psicopatológico único, y vinculada al manejo de los afectos y los conflictos internos. Además, se tienen en cuenta los factores neurobiológicos relacionados con la falta de control del impulso, ya sea por un déficit de inhibición conductual o porque las conductas impulsivas se vean relacionadas con los fenómenos compulsivos. (1)

Podemos aproximarnos a la impulsividad desde una perspectiva dimensional (como rasgo del carácter, presente en mayor o menor medida a lo largo de un contínuum) o categorial (como conductas específicas concretas, que aparecen o no, y que tienen su representación en los criterios clasificatorios de los trastornos mentales). Desde otra perspectiva, consideramos la impulsividad como rasgo (caracterial) o estado (sintomático). (1)

El concepto de impulsividad o impulso patológico es por tanto entendido desde tres puntos de vista:

A. Como síntoma aislado, que puede constituir un criterio diagnóstico entre aquellos que definan a uno o varios trastornos mentales específicos (conductas impulsivas concretas en la tricotilomanía, el juego patológico...).

B. Como trastorno clínico específico, donde la impulsividad crítica es lo que define el cuadro clínico; por ejemplo: actos agresivos impulsivos puntuales con entidad nosológica específica en el trastorno explosivo intermitente.

C. Como dimensión o rasgo de la personalidad, desde lo normal adaptativo a lo patológico, rasgo estable en el tiempo y que aparece en diversas circunstancias vitales (como por ejemplo en el trastorno límite de la personalidad).

En psiquiatría existe un profundo debate entre la conveniencia de utilizar criterios categoriales o dimensionales en la clasificación de los trastornos mentales. Los modelos nosológicos categoriales, de uso mayoritario en la actualidad, no parecen capaces de dar cuenta de la complejidad clínica, por lo que son sometidos a crítica y revisión permanentes. Por otro lado, los modelos dimensionales son poco operativos y difíciles de desarrollar en la práctica. En este conflicto dual sigue moviéndose la nosología psiquiátrica, problema del que es un claro ejemplo la categorización de la impulsividad y sus trastornos. (1,7)

La clasificación DSM-III incorpora por primera vez una sección, cajón de sastre, donde integra a los “trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados” (cleptomanía, piromanía, juego patológico, trastorno explosivo intermitente), descritos categorialmente. Como veremos, este tipo de aproximación clasificatoria se mantiene parcialmente en la flamante DSM-5(2).

Los llamados Trastornos del Control de los Impulsos (TCI), tal como figuraban en la DSM-IV-TR, se aproximan a la impulsividad como un fenómeno sintomático circunscrito.

Los aspectos fenomenológicos que caracterizarían a los TCI serían de forma general los siguientes:

1. Dificultad recurrente para controlar un impulso, o presión interna de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás.
2. El sujeto es por lo general incapaz de resistir conscientemente el impulso; en la mayor parte de las ocasiones las acciones no están nítidamente planificadas.
3. La conducta impulsiva no busca un claro beneficio secundario (los beneficios serían de orden interno, conflictuales o primarios).
4. Se produce una sensación de tensión creciente en forma de malestar emocional que precede a la ejecución del acto.
5. Bienestar, gratificación, alivio de la tensión en el momento de realizar la conducta. El acto sería en principio egosintónico, en consonancia con los deseos inmediatos del sujeto.
6. En algunos casos, pero no siempre, aparecen sentimientos de remordimiento, culpa o vergüenza posteriores al acto, una vez se perciben sus consecuencias (egodistonía a posteriori). (7)

Los TCI de la DSM-IV-TR englobarían a los siguientes trastornos: ludopatía, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía y trastorno explosivo intermitente (este último ausente como entidad específica en el epígrafe de la CIE-10 de la OMS que define los *trastornos de los hábitos y del control de los impulsos*). (7)

Pasamos a hacer una somera definición de los TCI.

- El trastorno explosivo intermitente implica la presencia de episodios o arrebatos de agresividad impulsiva, episodios aislados en los que resulta difícil controlar los impulsos agresivos, y que dan lugar a agresiones verbales o físicas, violencia o destrucción de la propiedad. El grado de agresividad es ampliamente desproporcionado con respecto al factor

estresante que lo precipita. Los episodios no son premeditados ni buscan un objetivo tangible. A pesar de algunas dudas conceptuales iniciales, esta categoría diagnóstica puede ser considerada como un trastorno de agresividad impulsiva, más común de lo que en principio podría suponerse, y bien delimitado por criterios clínicos y de investigación.

- En la cleptomanía se produce el reiterado fracaso para resistir el impulso de robar objetos. Estos objetos no son necesarios para el sujeto ni implican un alto valor económico. Antes de producirse el robo aparece un aumento de la tensión, y una sensación de placer, alivio o gratificación en el momento de cometerlo. Estos robos no se realizan buscando venganza ni como una expresión de rabia.

- La piromanía se caracteriza por la provocación reiterada, deliberada e intencional de un incendio.

Antes del acto se produce una tensión o activación emocional y una sensación de gratificación, bienestar o alivio cuando se inicia el fuego, se observan las llamas o sus consecuencias. El sujeto suele manifestar una fascinación o curiosidad por el fuego y su contexto situacional. El incendio no se provoca por móviles económicos, ni como expresión de una ideología, ni con el objeto de conseguir otros fines secundarios.

- La tricotilomanía implica el arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, de manera que se produce una pérdida perceptible de cabello. Antes de la conducta o cuando el sujeto se intenta resistir a la misma se produce una tensión creciente. La conducta genera una sensación de bienestar o alivio.

- En el juego patológico o ludopatía encontraremos un comportamiento desadaptativo y reiterado relacionado con el juego: preocupación obsesiva por el juego, necesidad de jugar cantidades crecientes para alcanzar el mismo nivel de excitación, fracaso continuado en el control del impulso a jugar, alivio de la disforia previa a la conducta, intentos reiterados de recuperación, engaños, actos ilegales, pérdida de relaciones significativas, de trabajo o estatus... Muchas de sus características aproximan la ludopatía a las conductas adictivas.

(7)

La DSM-5 integra por primera vez en un mismo grupo diagnóstico los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de la conducta. Engloba en el mismo epígrafe el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, los trastornos de conducta (disocial), el trastorno antisocial de la personalidad, la piromanía y la

cleptomanía. Justifica tal agrupación argumentando que comparten problemas en el autocontrol de las emociones y las conductas, que se manifiestan en comportamientos que violan los derechos de los demás y/o llevan al individuo a entrar en conflicto con las normas sociales o las figuras de autoridad. Además vincula estos trastornos a un espectro externalizante común, asociado con dimensiones de la personalidad etiquetadas como *desinhibición* y, en menor medida, *emocionalidad negativa* (entreverando así conceptos del modelo dimensional y categorial). Trastornos clasificados previamente en el apartado de los trastornos de control de impulsos, como la tricotilomanía, pasan a engrosar el grupo de los trastornos obsesivo-compulsivos (a los que se añade la nueva categoría de trastorno de excoriación que definimos más adelante). Por otro lado el juego patológico lo encontraremos ahora entre los trastornos adictivos y relacionados con sustancias. Por tanto, los criterios de agrupación dependen en unos casos de las consecuencias de la conducta y dimensiones de la personalidad, en otros de su afinidad con los fenómenos compulsivos, y en otros de su cercanía a los patrones adictivos de conducta. (2)

El trastorno de excoriación (*skin-picking*) está muy relacionado con los trastornos de control de impulsos de la DSM-IV-TR referidos previamente, al producirse un fracaso en el control del impulso a dañarse la piel, provocándose lesiones cutáneas; los reiterados intentos de disminuir el rascado o la excoriación son infructuosos. Su carácter compulsivo lo emparenta con el espectro obsesivo-compulsivo. Más allá de las categorías diagnósticas que intentan dar cuenta de las diferentes manifestaciones de la impulsividad, sería interesante definir un constructo transversal de la impulsividad: fenómeno presente, como estado o rasgo, en distintas entidades nosológicas y que podría subdividirse en dimensiones en función de los hallazgos de la neuropsicología y de la evidencia obtenida de estudios clínicos. Para lograrlo es necesario un gran refinamiento conceptual, una capacidad de medición más selectiva y la integración de los aportes derivados de las neurociencias. (2)

El modelo debería tener en consideración el contexto fenomenológico en el que emerge el síntoma. He aquí uno de los retos, categorizar y diferenciar las conductas impulsivas que aparecen en distintos contextos psicopatológicos. Señalamos algunos ámbitos donde la impulsividad emerge de forma específica y diferenciada: adicciones a sustancias o comportamentales, psicosis, intentos suicidas no planificados, conductas autolesivas compulsivas, agresividad explosiva intermitente, inestabilidad impulsiva caracterial,

trastornos específicos del control de impulsos, impulsividad ligada al trastorno por déficit de atención-hiperactividad, bulimia, conductas desinhibidas de los cuadros orgánicos cerebrales o la conducta impulsiva ligada al uso de ciertos psicofármacos (como la que surge en enfermos que padecen Parkinson y son tratados con fármacos dopaminérgicos).(2)

2.2 Trastorno por Abuso de Sustancias en Niños y Adolescentes

2.2.1 Introducción

El consumo de drogas ha estado ligado a la historia de la humanidad desde sus orígenes, consumir una droga ha sido y es para muchas personas una forma de modificar la percepción de la realidad, el estado emocional y el comportamiento, con el objeto de lograr una sensación mayor de bienestar. También ha sido un medio de ponerse en contacto con la divinidad o con otra dimensión trascendente que libere al individuo de la rutina diaria, una forma de compensar el dolor o de buscar una solución mágica a los problemas de la existencia. (9)

Las drogas han formado parte de los rituales religiosos, mágicos, curativos y de dominio y supeditación al poder de las más variadas culturas. El alcohol, la hoja de coca, la marihuana, el opio y los alucinógenos han sido utilizados por los seres humanos desde sus orígenes, reconociéndose por primera vez a finales del siglo XIX, su carácter adictivo; más adelante se unirían los estimulantes, los inhalantes y las drogas de diseño.(10)

En el siglo XX las drogas formaron parte de los movimientos contraculturales y de protesta en Estados Unidos y Europa. Las drogas fueron un modo de tener experiencias estéticas únicas, de expandir la conciencia y la percepción de la realidad, de estimular la creatividad y de acceder a estados de conciencia que no se obtienen por otros mecanismos y actualmente configuran uno de los modos predilectos de los jóvenes incluidos los adolescentes de compartir tiempo libre y pertenecer a un grupo de amigos. (11)

El alcohol y el tabaco forman parte de la vida de muchísimos adolescentes que no perciben el riesgo que pueden tener y la edad de consumo ha disminuido considerablemente en los últimos años. Para algunos adolescentes el contacto con las drogas tiene un carácter transitorio, pasajero, sin consecuencias negativas en la propia vida, pero para otros ese primer contacto supondrá que las drogas pasen a ocupar un lugar central en su existencia.

Poder diferenciar a ambos grupos y por tanto prevenir la mala evolución, es uno de los retos en Psiquiatría del niño y el adolescente. (11)

Las consecuencias generales del consumo de drogas, son el desarrollo progresivo de los fenómenos de tolerancia, dependencia, consumo múltiple y deterioro personal, que siguen del riesgo cada vez mayor de sufrir intentos de suicidio, suicidio consumado o muerte accidental por sobredosis. Las complicaciones médicas y psiquiátricas son otro aspecto fundamental que condiciona de modo inexorable la vida personal. Estas consecuencias son numerosas e implican un riesgo mayor de contagio de VIH, padecer cáncer. El consumo de drogas supone aislamiento social, fracaso escolar y laboral, síntomas depresivos y de ansiedad así como riesgo de suicidio. El efecto de las drogas varía desde la sensación de euforia, hasta sufrir alucinaciones o pasar por periodos prolongados de insomnio; la conducta del sujeto puede oscilar desde la pasividad, la impulsividad, el descontrol y la agresividad. (11)

El efecto de las drogas depende no solo de las características intrínsecas de las sustancias, sino también del contexto sociocultural en las que se toman y del significado que tiene sus efectos en dicho contexto. Así la marihuana en Jamaica se ha tomado por su acción relajante y para mejorar el rendimiento escolar de los niños, mientras que en occidente en los años sesenta, las drogas se usaban para facilitar la meditación y la introspección. (10)

Todas las drogas producen un cierto grado de dependencia, esta dependencia hace que el sujeto necesite seguir tomando la droga para experimentar sensaciones agradables o evitar sensaciones desagradables, pudiendo llegar a tener Síntomas de abstinencia si la administración se interrumpe. (10)

El hecho de que el consumo de drogas haya aumentado durante la segunda mitad del siglo XX, hasta convertirse en un serio problema social y sanitario, ha estimulado de forma considerable la investigación científica en este campo. Los estudios clínicos y los modelos animales han dado la posibilidad de conocer los mecanismos de acción de las drogas, sus receptores y fundamentos neurobiológicos, lo que permite entender a la adicción como uno más de los trastornos psiquiátricos. (11)

2.2.2 Definición y criterios Diagnosticos

Si bien la DSM-5 distingue entre el consumo abusivo de sustancias y la dependencia, una distinción no siempre fácil de realizar en la clínica y que en cualquier caso solo hace referencia a los estadios de un mismo proceso. (11)

El abuso supone un cuadro clínico menos grave que la dependencia, pero con claras consecuencias en el bienestar del sujeto, mientras que la dependencia consisten en un conjunto de Síntomas fisiológicos, cognitivos y de la conducta que indican un consumo habitual y duradero de drogas que el sujeto no es capaz de evitar a pesar de sus negativas repercusiones. (10)

La dependencia fundamental entre abuso y dependencia radica en que el diagnóstico de dependencia implica siempre en que se den los fenómenos de tolerancia y abstinencia, y la distinción tal vez tenga sentido porque el abuso, aun siendo excesivo no tienen por qué implicar el que pase de forma obligatoria a la dependencia de la droga. En el abuso el sujeto consume drogas para sentirse bien, aliviar el estrés o alterar la percepción de la realidad. (2)

La tolerancia a las drogas consiste en la necesidad progresiva de tomar cada vez mayor cantidad de droga para conseguir los mismos efectos. La abstinencia de la droga se traduce en un intenso malestar psicológico y físico que empuja al sujeto a la búsqueda de más droga con el fin de aliviarlo. Ambas suele seguirse de pérdida de control, impotencia para dejar de consumir e inmersión en el mundo de las drogas. La pérdida de control consiste en que el sujeto toma droga en mayor cantidad y durante más tiempo del deseado y no puede evitarlo. Por último el fenómeno de impotencia se define como la incapacidad para cortar con la droga, a pesar de intentarlo una y otra vez, esta incapacidad puede desembocar en una vida cuyo eje es el mundo de la droga. La droga se convierte en el centro de la vida personal, que gira exclusivamente en torno a conseguirla, consumirla y por supuesto sufrir las consecuencias. (11)

El abuso de drogas es dos veces más frecuente que la dependencia en adolescentes, sin que se sepa muy bien en qué circunstancias se pasara del uno a la otra. Así mismo los adolescentes con dependencia se caracterizan por consumir múltiples drogas, siendo el pronóstico tanto peor cuando mayor es el número y la gravedad de los Síntomas que sufren y el tiempo de evolución, ahora los criterios actuales del consumo de drogas se refieren a los adultos , sería necesario elaborar otro específico para niños y adolescentes.(10)

2.2.3 Epidemiología

Aproximadamente entre el 50% y el 80% de los adolescentes tienen algún contacto con las drogas, habiéndose observado a lo largo de las últimas décadas un descenso de la edad del inicio del consumo y una incorporación progresiva de las mujeres. El consumo de drogas que antes de los años sesenta se limitaba a grupos muy concretos de personas, experimento un fenómeno de expansión en esa década coincidiendo con los movimientos contraculturales, y ha seguido esa línea ascendente hasta nuestros días, en que además de ser un fenómeno social y sanitario constituye un inmenso negocio. El alcohol y los estimulantes forman parte de las fiestas de muchísimos jóvenes durante el fin de semana y el tabaco lo fuman incluso niños de 12 y 13 años como algo completamente natural. (11)

La secuencia natural del consumo de drogas suele ser la siguiente: se empieza a fumar tabaco y a beber alcohol a los 10 a 12 años, más tarde se añaden marihuana y estimulantes, y se termina con cocaína y más raramente con heroína. El consumo se caracteriza además porque no se limita a las grandes ciudades o a un grupo sociocultural concreto, sino que se da en todo el ámbito nacional y en todos los grupos humanos. El consumo de drogas es más frecuente en los adolescentes varones que en las mujeres con una relación de 4:1 respectivamente, que pasa a ser de 3:1 a partir de los 18 años. (10,11)

De acuerdo con la encuesta de Vida del año 2014, los adolescentes peruanos de 14 a 18 años consumen de modo preferente alcohol, tabaco, marihuana y pasta básica de cocaína. El 81,2% ha consumido alguna vez en la vida bebidas alcohólicas, 44,6% tabaco, 35,2% marihuana y 17,3% pasta básica de cocaína. La edad de inicio son los 13 años para el tabaco y alcohol, los 14 para la marihuana y los 15 para la pasta básica, la cocaína y los alucinógenos. El consumo aumenta con la edad, siendo máximo a los 17 a 18 años, en cuanto al sexo es mayor en términos generales en los varones que en las mujeres, sobre todo cuando se trata de drogas ilegales.(12,13)

Aproximadamente un 33% de los adolescentes de la población general fuma a diario, mientras que un 8,6% tiene dependencia al tabaco a la edad de los 18 años. El abuso de alcohol afecta al 10% de los adolescentes, la dependencia a la marihuana al 4,3% y la dependencia del alcohol al 3,5%; estas cifras aumentan considerablemente cuando se trata de poblaciones clínicas. (11)

Conocer las características de los adolescentes que consumen drogas tiene un enorme interés, de cara al tratamiento y a la prevención, sin embargo no es un tema sencillo y no se conocen todas las respuestas. Se sabe que algunos adolescentes inician en el consumo de drogas y se enganchan para siempre, mientras que otros no desarrollan la menor dependencia. Diferenciar ambos grupos es fundamental, así como diferenciarlos de aquellos que nunca las consumen. (11)

2.2.4 Etiología y Patogenia

El consumo de drogas en la adolescencia es un trastorno muy complejo y en el que intervienen múltiples mecanismos etiopatogénicos, a continuación, mencionaremos y desarrollaremos los factores genéticos, neuroanatómicos y neuroquímicos, los mecanismos de acción de las drogas, el papel del estrés y los factores de riesgo individual, familiar y social, así como los factores de protección, destacando al consumo de alcohol en adolescentes. (11)

2.2.4.1 Factores genéticos y epigenéticos

No cabe duda de que un trastorno tan complejo como el consumo y la dependencia de drogas tienen que intervenir numerosos genes en la etiología como un papel fundamental para la interacción genes ambiente, de tal modo que el verdadero riesgo de sufrir dependencia de las drogas radica no solo en el hecho de que estén presentes determinadas variedades genéticas en el individuo, sino de que estas variantes interactúen con situaciones ambientales estresantes, sobre todo en los primeros años de la vida, que harán posible la expresión de estos genes.(14)

La mayoría de estudios llegan a la conclusión de que genes y ambiente se reparten la varianza aproximada al 50%. Así se calcula que un 50% de la varianza de la etiología del alcoholismo le corresponde a la herencia. Es muy probable que exista un riesgo genético común para el consumo de drogas y factores de riesgo específicos para cada una de las drogas. La variación individual en la respuesta a las drogas puede deberse a diferencias enzimáticas, de los receptores y de los transportadores cerebrales. (14)

Se consideran genes candidatos a aquellos que codifican proteínas que intervienen en los circuitos del sistema de recompensa; parece probable que los sujetos portadores del gen del transportador de dopamina (SLC6A3) y del alelo A2 del gen de dopamina D2, tengan un

riesgo menor de sufrir dependencia al tabaco, mientras que los portadores del alelo A1 del gen del receptor de dopamina D2, tendrían un riesgo mayor de padecer alcoholismo. (14)

Otra característica genética que incrementa el riesgo de consumo de drogas en adolescentes, es ser portador de polimorfismos SS (SLC6A4 y 5HTTLPR), en la región promotora del gen transportados de serotonina; una característica que se constata tanto en sujetos homocigotos como heterocigotos y cuya acción es especialmente significativa cuando se acompaña de maltrato y de malos cuidados del niño por parte de los padres. (14)

Los estudios en gemelos, indican una mayor concordancia para el consumo de drogas entre los gemelos homocigóticos que entre los heterocigóticos, respecto al alcohol es probable que tanto la frecuencia así como la cantidad de consumo se deban a una característica independiente, tal vez con algunas diferencias en función del sexo; así cuando se analiza la frecuencia de consumo de alcohol, la varianza que corresponde a la herencia es de 0,66 en la mujeres y de 0,42 a 0,75 en los varones; la varianza de herencia en la cantidad de consumo es de 0,57 en la mujeres y de 0,24 a 0,61 en los varones.(14)

Las conclusiones de los estudios en familiares y sujetos adoptados son similares a las descritas en gemelos, observándose como el alcoholismo y el trastorno antisocial de la personalidad de los padres biológicos aumento el riesgo de consumo de drogas en niños adoptados. Un factor de riesgo elevado de alcoholismo, es que el padre y la madre sufran el trastorno, estos casos se caracterizan por un peor pronóstico y un curso clínico con mayores complicaciones. (14)

Los factores genéticos del consumo de drogas en los adolescentes, están aún poco estudiados y la mayor parte de la información científica disponible procede de estudios en adultos. En resumen, puede decirse que genes y ambiente intervienen en la etiología, con un peso mayor de los factores genéticos en los adultos y una mayor influencia de los factores ambientales en los adolescentes y en las primeras etapas de inicio del consumo. (14)

2.2.4.1.1 Mecanismos epigenéticos

Los mecanismos epigenéticos que regulan la expresión de los genes están alterados en el abuso de drogas y es probable que sean un mecanismo etiopatogenico fundamental. Los estudios en modelos animales especialmente en ratones, indican que el núcleo accumbens, la amígdala, la corteza frontal y el cuerpo estriado, son las estructuras especialmente

afectadas., las modificaciones epigenéticas que se detectan afectan a la acetilación y fosforilación de histonas y a la metilación del ADN. (11)

En la ingesta aguda y crónica de alcohol se produce una mayor acetilación de histonas en la amígdala, corteza frontal y estriado, estas alteraciones epigenéticas se traducen en el silenciamiento de genes, un silenciamiento que puede persistir a lo largo de la vida y que puede ser hereditario; al mismo tiempo estas alteraciones pueden ser reversibles, modificando la circunstancia ambiental adversa, en este caso el consumo de drogas, o mediante el hallazgo de nuevas dianas terapéuticas. (11)

2.2.4.2 Circuitos y estructuras anatómicas del sistema de recompensa

Los profundos cambios en la maduración y desarrollo del cerebro en la adolescencia, pueden explicar en alguna medida, la mayor vulnerabilidad de los adolescentes al consumo de drogas. En esta etapa de la vida tiene lugar un proceso de maduración del cerebro que consiste en aumento de la mielinización y de las arborizaciones dendríticas y en poda de sinapsis, que pueden contribuir a esa mayor vulnerabilidad. Comparar las características del cerebro de adolescentes que consumen drogas con aquellos que no lo hacen, es uno de los objetivos más interesantes de la investigación sobre el consumo y dependencia de drogas de los últimos años, un objetivo que se lleva a cabo con técnicas de imagen como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. (2,11)

Las estructuras especialmente estudiadas son la corteza Prefrontal, el cuerpo calloso y el hipocampo, observándose diferencias entre aquellos adolescentes que consumen drogas y aquellos que no las consumen. Se observa por ejemplo, una disminución en el tamaño del hipocampo, que se correlaciona con la edad del comienzo y con la duración del consumo de drogas y un menor tamaño de la corteza Prefrontal y de la sustancia blanca. En cuanto al cuerpo calloso, cuya mielinización aumenta de forma considerable en la adolescencia, los resultados son discrepantes con disminución en unas ocasiones, aumento en otras y sin diferencias. (11)

Por su parte con técnicas de imagen funcional se detectan trastornos de la función ejecutiva y de la memoria de trabajo en los pacientes. Los estudios con modelos animales indican que los circuitos y estructuras anatómicas implicadas en el consumo de drogas son aquellos que participan en los mecanismos de recompensa y refuerzo, un hecho común a todas las drogas

y que es independiente de sus propiedades farmacológicas que pueden variar de unas a otras. (11)

Dos son los sistemas que intervienen en los mecanismos de recompensa: el sistema dopaminérgico mesocortical y el denominado por algunos autores el de la amígdala extendida. El sistema dopaminérgico mesocortical fue el primero que se estudió por su papel fundamental en los mecanismos de recompensa. Se compone del área tegmental ventral; la región basal del cerebro anterior que incluye el núcleo accumbens, la corteza frontal y la amígdala; y las conexiones dopaminérgica entre ambas regiones, también denominado haz prosencefálico medial. La amígdala extendida comprende la estria terminalis, la amígdala central medial, la corteza del núcleo accumbens y la sustancia innominada sublenticular. (2,3,11)

El área tegmental ventral, la corteza Prefrontal medial, el núcleo accumbens y la amígdala son las estructuras básicas de los sistemas de recompensa, que a su vez se conecta con el hipotálamo lateral, el locus coeruleus y los núcleos del rafe. Su acción consiste en convertir los estímulos emocionales en motivaciones que se traducen en actos a través de las vías extrapiramidales, lo que explicaría la estrecha relación entre el deseo del adicto de consumir la droga y la búsqueda compulsiva de la misma. (2, 3,11)

El núcleo accumbens puede considerarse como el transformador central del sistema de recompensa, que no solo recibe mensajes de las estructuras antes indicadas sino que también se conecta con el hipotálamo lateral, regulando funciones del sistema endocrino con los núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco y la medula; y con el núcleo pálido ventral y el pálido subcomisural. Se trata por tanto de una estructura capaz de integrar funciones motoras, endocrinas, viscerales, somáticas, emocionales y conductuales. (2)

Estudios clínicos con técnicas de imágenes confirman el papel del sistema mesocortical en la respuesta al consumo de drogas. Así mediante RM funcional se observa la activación del núcleo accumbens tras la administración de cocaína, nicotina y alcohol; estas drogas además producen una activación del cíngulo y de la corteza frontal en estudios con Tomografía por emisión de positrones, la intoxicación por tetrahidrocannabinol, componente de la marihuana activa los ganglios basales y las cortezas frontal y frontorbitaria. (2)

La intoxicación etílica por su parte, disminuye el metabolismo de la glucosa en el cerebro de forma global y en los ganglios basales y el cuerpo callos en forma moderada; esta pauta de disminución se corresponde con la distribución de los receptores benzodiazepínicos. Una característica destacada del sistema mesocortical, son las múltiples vías de conexión entre sus componentes, con fibras aferentes y eferentes entre las distintas estructuras que dan lugar a circuitos de retroalimentación. De este modo desde el núcleo accumbens, parte unas vías que van al área tegmental ventral y vuelven al accumbens, mientras que otras vías de conexión entre ambas estructuras tienen lugar a través del pálido ventral. Lo mismo sucede con la corteza Prefrontal medial, esta recibe aferencias dopaminérgicas del área tegmental ventral y envía fibras eferentes glutamatergicas a esa misma estructura, al núcleo accumbens y a otras áreas. El pálido ventral recibe proyecciones GABAérgicas de carácter inhibitorio del núcleo accumbens y las envía al área tegmental ventral y al núcleo dorsomedial del talamo que a su vez se conecta con la corteza Prefrontal medial. En cuanto a la amígdala juega un papel muy importante en cuanto a los mecanismos de la emoción, el aprendizaje y la recompensa; se considera que sus conexiones con el hipotálamo regulan la expresión autonómica de los estados emocionales mientras que sus conexiones con el cíngulo y con la corteza Prefrontal regulan la dimensión cognitiva de los estados emocionales. La amígdala interviene en los mecanismos de refuerzo y recompensa de las drogas, concretamente en el refuerzo inmediato y en el consumo compulsivo, recibe aferencias dopaminérgicas del área tegmental ventral y del hipocampo y envía vías eferentes al pálido ventral y al hipotálamo. (11)

2.2.4.3 Memoria y sistema de recompensa

La memoria juega sin duda un importante papel en el abuso y dependencia de las drogas. El recuerdo placentero que guarda el sujeto de los efectos de una droga es lo que, en parte, le mueve a seguir consumiendo dicha droga, se han descrito tres tipos de aprendizaje y de memoria en el consumo de drogas (11):

El aprendizaje por asociación que comprende el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante. La respuesta puede reforzarse o por el contrario tener carácter aversivo, dependiendo de factores externos e internos. Entre los primeros están por ejemplo circunstancias sociales que contribuyen a incentivar el consumo de drogas. Entre los segundos, circunstancias personales, como el efecto subjetivo desagradable de la droga, que

mueven al sujeto a no consumirla. Esta forma de memoria tiene carácter inconsciente o implícito, tiene lugar por medio de la amígdala en interviene en la búsqueda imperiosa de droga y en las recaídas (11).

El aprendizaje mediante la adquisición de hábitos, o condicionamiento instrumental, también de carácter inconsciente, que se traduce en el animal de experimentación en movimientos compulsivos destinados al logro de la droga, intervienen el caudado y el putamen (10,11)

El aprendizaje consciente o memoria declarativa, en la que interviene el hipocampo, no está claro en qué medida y de qué forma estos tres tipos de memoria afectan el consumo de las distintas drogas, sin duda se trata de un tema complejo que requiere futuras investigaciones (11).

2.2.4.4 Sistemas de neurotransmisión y mecanismos de acción de las drogas

Las drogas actúan sobre los sistemas de neurotransmisión aumentando o disminuyendo la cantidad de neurotransmisor en la sinapsis y modificando el número de receptores. De forma esquemática puede decirse que cuando hay un aumento de neurotransmisor en la sinapsis se pone en marcha un mecanismo de compensación, que consiste en la disminución de la densidad de los receptores, lo que a su vez se traduce en la necesidad de una mayor cantidad de droga para que vuelva a producirse el mismo efecto, esto es uno de los mecanismos que explica el fenómeno de tolerancia. De modo similar cuando por efecto de la droga, el neurotransmisor en la sinapsis disminuye, aumenta el número de receptores como un modo de compensación, en el fenómeno de la tolerancia también intervienen otros mecanismos como alteraciones en el acoplamiento de los receptores e interacción con otros neurotransmisores. (2)

La acción de las drogas sobre las neuronas dopaminérgicas mesocorticales es uno de los mecanismos de acción más importantes, como se describirá, y tiene lugar a través de los cambios en los neurotransmisores, de hecho la actividad de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral se modula por numerosos mecanismos de neurotransmisión. Así, la liberación de dopamina somatodendrítica tiene una acción inhibitoria de esta actividad a través de los autorreceptores D2, por unos mecanismos de retroalimentación, mientras que la neurona GABAérgicas del área tegmental ventral amplían a su vez esa acción inhibitoria. Otros neurotransmisores tienen una acción inhibitoria o excitatoria; así sucede con las

aferencias serotoninérgicas, noradrenergicas, colinérgicas, GABAérgicas, glutamatergicas y peptidérgicas, que proceden de la corteza, el tálamo, el tronco cerebral y otras áreas del sistema límbico, estas vías aferentes llegan al área tegmental ventral y establecen sinapsis con las neuronas dopaminérgicas somatodendríticas o con las interneuronas GABAérgicas(11).

En cuanto al núcleo accumbens, la administración de drogas en modelos animales, se traduce en un aumento de la dopamina extracelular. Por otra parte la neuronas GABAérgicas, colinérgicas y los receptores opioides postsinapticos de tipo Mu y Delta, tienen fundamentalmente un efecto inhibitor. En cuanto a los receptores dopaminérgicos del núcleo accumbens y del estriado no se sabe con certeza si son excitadores o inhibidores, lo más probable es que su acción dependa del propio estado de la neurona (11).

De modo resumido, los estimulantes actúan incrementando la función dopaminérgica del sistema mesocortical, aunque también actúan sobre la noradrenalina y la serotonina, aunque en menor grado. Los opiáceos, el alcohol y la marihuana facilitan la transmisión dopaminérgica mesocortical y de otros neurotransmisores como el GABA, glutamato, serotonina y péptidos opiáceos (2).

2.4.4.4.1 Mecanismo de Acción aguda del Alcohol

El alcohol y otras drogas de efecto sedante actúan sobre numerosos receptores excitadores inhibiendo su acción, como el N-metil-D-aspartato (NMDA) y los canales de calcio. Por otra parte el alcohol potencia la acción del GABA y probablemente tiene un efecto modulador de la neurotransmisión serotoninérgica. La acción reforzante del alcohol tiene lugar a través de las neuronas dopaminérgicas mesocorticales, aunque no de un modo exclusivo, pues también se produce en ausencia de estas neuronas (2).

2.2.5 Diagnostico

2.2.5.1 Criterios DSM-5 para Trastornos relacionados al uso de alcohol

Los criterios actuales de la DSM-5 respecto a los trastornos relacionados al uso de alcohol son:

La DSM-5 clasifica los trastornos relacionados con el alcohol en (15):

- Trastorno por consumo de alcohol
- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol

- Otros trastornos inducidos por el alcohol
- Trastorno Relacionado con el Alcohol no especificado

2.2.5.1.1 Trastorno por consumo de Alcohol

Los criterios para la clasificación de este trastorno dado por la DSM-5 son:

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses (15):

1. Se consume alcohol 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 de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (15).

2.2.5.1.2 Intoxicación por alcohol

Los criterios establecidos por la DSM-5 para este trastorno son (15):

A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla pastosa.

2. Incoordinación.

3. Marcha insegura.

4. Nistagmo.

5. Alteración de la atención o de la memoria.

6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia (15).

2.2.5.1.3 Abstinencia de alcohol

Los criterios diagnósticos que establece la DSM-5, para la abstinencia de alcohol son (15):

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.

B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

2. Incremento del temblor de las manos.

3. Insomnio.

4. Náuseas o vómitos.

5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.

6. Agitación psicomotora.

7. Ansiedad.

8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia (15).

2.5.4 Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del DSM-5, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en sus respectivos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar inducido por el alcohol (“Trastorno bipolar y trastornos relacionados”); trastorno depresivo inducido por el alcohol (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (“Trastornos de ansiedad”); trastorno del sueño inducido por el alcohol (“Trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por el alcohol (“Disfunciones sexuales”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación alcohólica y al síndrome confusional por abstinencia de alcohol, véanse los criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia alcohólicas cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente (15).

2.2.5.1.4 Trastorno Relacionado con el alcohol no especificado

Los criterios establecidos por la DSM-5 para este trastorno son:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias (15).

2.2.5.2 Criterios CIE X-OMS para los Trastornos relacionados al Consumo de Alcohol

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. No todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias.(16)

Pautas para el diagnóstico

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.(16)

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.(16)

El uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., debe codificarse de acuerdo con F55, abuso de sustancias que no crean dependencia (con un cuarto carácter para especificar el tipo de sustancia consumida). (16)

Los casos en los que los trastornos mentales (particularmente delirium en la edad avanzada) sean debidos a sustancias psicótropas, pero sin la presencia de uno de los trastornos incluidos en este capítulo (por ejemplo, uso perjudicial o síndrome de dependencia) deberían codificarse en F00-F09. Cuando un cuadro de delirium se superpone a uno de los trastornos incluidos en esta sección debería codificarse mediante F1x.3 o F1x.4. (16)

2.2.5.2.1 F1x.0 Intoxicación aguda

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. (16)

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación. (16)

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

"Mal viaje" (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

2.2.5.2.2 F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos).(16)

2.2.5.2.3 F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal. (16)

2.2.5.2.4 F1x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.) (16)

2.2.5.2.5 F1x.03 Con delirium. (16)

2.2.5.2.6 F1x.04 Con distorsiones de la percepción. (16)

2.2.5.2.7 F1x.05 Con coma. (16)

2.2.5.2.8 F1x.06 Con convulsiones. (16)

2.2.5.2.9 F1x.07 Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas. (16)

2.2.5.2.10 F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. (16)

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial. (16)

2.2.5.2.11 F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. (16)

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes: (16)

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de

abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. (16)

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma. (16)

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias). (16)

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres: (16)

2.2.5.2.12 F1x.20 En la actualidad en abstinencia.

2.2.5.2.13 F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

2.2.5.2.14 F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

2.2.5.2.15 F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

2.2.5.2.16 F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

2.2.5.2.17 F1x.25 Con consumo continuo.

2.2.5.2.18 F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

2.2.5.2.19 F1x.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (16)

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.(16)

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. (16)

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

2.2.5.2.20 F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo. (16)

Excluye:

Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones.

F1x.41 Con convulsiones.

2.2.5.2.21 F1x.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses. (16)

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. (16)

Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.50 Ésquizofreniforme.

F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes.

F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).

F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos.

F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos.

F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos.

F1x.56 Trastorno psicótico mixto.

2.2.5.2.23 F1x.6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas. (16)

Pautas para el diagnóstico

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas.
Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. (16)

2.2.5.2.24 F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia. (16)

Pautas para el diagnóstico

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales. (16)

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras

sustancias psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total. (16)

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicótropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres: (16)

2.2.5.2.25 F1x.70 Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicótropas. (16)

2.2.5.2.26 F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad(F07.0).

2.2.5.2.27 F1x.72 Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico(F06.30).

2.2.5.2.28 F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, de acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09. (16)

2.2.5.2.29 F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicótropas. (16)

2.2.5.2.30 F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

2.2.5.2.31 F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes. (16)

2.2.5.2.32 F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

2.2.6 Tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol en adolescentes

El abandono de cualquier tipo de droga o adicción conductual no suele ser tarea fácil para una persona joven. Dejar el consumo de alcohol u otro tipo de drogas, es un paso difícil para un joven, ya que la mayoría de las veces está muy relacionada con el estilo de vida y las circunstancias personales y sociales. El joven tiene que romper con el consumo y rehacer su vida (10,11).

El tipo de tratamiento más apropiado para un adolescente depende de multitud de variables, tales como el tipo de conducta adictiva, grado de implicación, recursos personales, clase social, presencia de problemas físicos o psicológicos subyacentes. Si el joven dispone de recursos personales importantes o su implicación con la droga es sólo moderada, probablemente puede dejar la droga sin tratamiento. Sin embargo una implicación seria con la droga haría aconsejable alguna modalidad de tratamiento, como la terapia psicológica en régimen ambulatorio, que es la modalidad más utilizada. Si sus recursos son muy limitados, debería considerarse formas de intervención más estructuradas o en régimen de internamiento u hospitalización (10,11).

Solamente un subgrupo de los adolescentes consumidores de drogas reúnen los criterios para el abuso o dependencia de las mismas. Hay un a escasas notable de tratamientos específicos dirigidos a este grupo poblacional. Los adolescentes no buscan tratamiento. Tampoco es lo mismo un perfil que podríamos denominar menores marginales que de menores normales. Los del primer perfil se caracterizan por estar inmersos en una problemática social importante, están implicados en actividades delictivas y han sufrido malos tratos. El pronóstico de este perfil se caracteriza por un bajo índice de éxitos. En el segundo perfil, no se observa esa desestructuración social y las drogas de consumo habituales son el alcohol, las anfetaminas y los porros. Este perfil no requeriría un tratamiento tan estructurado (17).

La primera respuesta a una demanda de tratamiento pretende: reforzar la motivación del joven para adentrarse en el proceso terapéutico; aclarar y modificar algunas reacciones poco útiles para el proceso que se va a poner en marcha; determinar qué es lo que ha movido al paciente a buscar tratamiento y determinar sus objetivos (17).

Cualquier procedimiento terapéutico que aumente la posibilidad de que un joven adicto inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional. Entre éstas destacan el proporcionar información respecto al proceso de cambio, la entrevista motivacional, la hoja de balances sobre decisiones y la matriz de decisiones (17).

En la fase de valoración o evaluación se pretende establecer un diagnóstico y realizar un análisis funcional. Hay que recabar información médica, psicológica y social. De este modo se reconocerán las causas o determinantes ambientales del consumo de drogas, junto a todos aquellos otros factores personales y fisiológicos que se relacionan con el problema adictivo (17).

En la primera fase de tratamiento es fundamental que el sujeto lleve a cabo la desintoxicación de las sustancias a las que es adicto. Hay tres modalidades de desintoxicación: Desintoxicación hospitalaria, desintoxicación ambulatoria y desintoxicación domiciliaria. La desintoxicación tiene por objetivo reducir paulatina o bruscamente el consumo de droga, de modo que la persona quede abstinenta (10,11).

El proceso de desintoxicación pretende desvincular al individuo de la droga o drogas de la que dependen, evitando que aparezca el síndrome de abstinencia. Este proceso se puede hacer mediante psicofármacos o sin ellos. En cuanto a la farmacoterapia, los protocolos desarrollados para la fase de desintoxicación de los adultos podrían ser utilizados en los adolescentes. Lo que se está haciendo actualmente durante la desintoxicación es proporcionar fármacos que atenúen el síndrome de abstinencia, así como un amplio conjunto de tratamientos, tendentes todos ellos a paliar un cuadro clínico que, aunque en la mayoría de los casos no es peligroso, puede ser muy molesto y llamativo (10,11).

En la segunda fase del tratamiento, se abordan cuestiones como la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida. En la deshabitación, el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia y logrará un cambio en el estilo de vida del joven. Las técnicas cognitivo – conductuales son básicas en esta etapa del tratamiento. Una de las técnicas fundamentales aplicables en esta fase son los procedimientos de exposición, que se inician a los dos o tres meses de haber comenzado en tratamiento y se prolonga hasta los nueve meses. El objetivo es debilitar los estímulos condicionados que provocan la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga (17).

En la tercera fase, el punto fundamental es abordar la prevención de las recaídas y proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada. Las estrategias más eficaces para la prevención de las recaídas son, sobre todo de tipo conductual y cognitivo, persiguiendo los siguientes objetivos: aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias globales y específicas de prevención de recaídas pueden agruparse en tres categorías fundamentales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva e intervención sobre estilo de vida (17).

Las sesiones de seguimiento se pueden realizar una cada 15 días, en los primeros tres meses, espaciándolas, posteriormente, a un mes y luego a dos, en los restantes nueve meses de seguimiento (17).



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local:

En la búsqueda bibliográfica no se encontró trabajos que haya estudiado estas variables,

A nivel nacional

3.1 **Autor:** Iriarte Rebaza Athina Noemí

Título: Agresividad premeditada e impulsiva según estilos de socialización parental en adolescentes del distrito de la esperanza

Resumen: El presente estudio comparativo buscó identificar las diferencias en la agresividad premeditada e impulsiva según los estilos de socialización parental en adolescentes. Se utilizó una muestra de 398 alumnos de ambos sexos, entre doce y diecisiete años del distrito de La Esperanza; evaluados con la Escala de Estilos de Socialización Parental (ESPA29) y el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsividad en Adolescentes (CAPIA). Se encontraron diferencias significativas en la agresividad premeditada e impulsiva según los estilos de socialización parental ($p < .05$). Según los estilos de socialización parental madre en agresividad impulsiva, se evidencia diferencias altamente significativa ($p < .01$), y en agresividad premeditada, también se encontraron diferencias altamente significativa ($p < .01$). Según los estilos de socialización parental padre en agresividad impulsiva, se evidencia diferencias significativas ($p < .05$), y en agresividad premeditada, también se encontraron diferencias significativas ($p < .05$). (18)

3.2 **Autor:** Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama

Título: Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana

Resumen: Tanto el suicidio como la violencia en adolescentes son fenómenos prevalentes en el mundo. **Objetivos.** Determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. **Materiales y métodos.** Estudio transversal analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo-abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. **Resultados.** El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ($p < 0,001$). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo (OR=2,1 IC95% 0,9-4,9). **Conclusión.** Existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio (19).

3.3 Autor: Juan M. Riofrio C. & Milusca R. Villegas C.

Título: Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes - Chiclayo, 2014

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre Adaptabilidad-Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes. Metodológicamente en la investigación participaron 47 adolescentes

escolares del distrito de Chongoyape, seleccionados de instituciones públicas y privadas, siendo evaluados con la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, adaptado por Martínez (2013) y la Escala de Agresividad en la Convivencia Escolar – Bullying, elaborado por Barrios (2013). Para el análisis de datos, se utilizó el estadístico “r” de Pearson mediante el software SPSS versión 18. Se concluyó que existe relación positiva débil altamente significativa, entre el factor de desunión y los indicadores de belicosidad e impulsividad, así mismo correlación positiva débil significativa con experiencia personal y problemas académicos. Por último, se halló correlación positiva débil significativa, entre el factor caótico y los factores autosuficiencia e impulsividad (20).

A nivel internacional

3.4 Autor: Yeraldin Barbosa Moreno, Leidy Beltran Plaza, Samaura Fraile Albarracin

Título: Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá

Resumen: Se realizó una investigación de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de describir y analizar la relación entre impulsividad y la dependencia a internet y el teléfono móvil, en una muestra de 425 estudiantes con edades entre los 12 y 16 años, de los grados séptimo a undécimo de bachillerato de cuatro instituciones de la ciudad de Bogotá; para ello, se aplicaron la Escala de Impulsividad (UPPS), Cuestionarios de Parámetros de uso de internet y celular, así como el Test de dependencia al móvil (TDM) y el Test de dependencia a Internet (TDI). Los resultados indican que existe una relación baja entre impulsividad y la dependencia a internet y teléfono móvil. Así mismo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, respecto al uso de Internet y Teléfono celular, donde las mujeres

muestran patrones de dependencia mayor al celular y al internet que los hombres, mientras que en relación a la impulsividad no se encontraron diferencias significativas en ambos sexos. Finalmente, con el propósito de validar las medidas de dependencia a internet y celular, se calcularon los índices de consistencia interna encontrando un alfa de Cronbach de 0,95 para el TDI y 0.937 para el TDM, lo que sugiere que los ítems de los test miden las variables objeto de estudio. Por lo encontrado, se espera generar nuevas investigaciones, que contribuyan a la intervención psicológica de esta nueva clase de adicción. (21)

3.5 Autor: Beatriz Corbí Gran, Miguel Ángel Pérez Nieto

Título: Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes

Resumen: Ante la escasa investigación sobre las relaciones entre la impulsividad y la ansiedad en etapa adolescente, y los relevantes efectos que estas relaciones sin embargo presentan en los escasos estudios al respecto, el presente trabajo explora los efectos que la impulsividad, medida por la Escala de Impulsividad de Plutchik, puede tener en la ansiedad, medida por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-J-. Con una muestra de 677 adolescentes, los resultados muestran que una menor impulsividad tiene un efecto significativo en una mayor ansiedad generalizada a situaciones de la vida cotidiana. Las implicaciones de estos datos el papel que estrategias cognitivas típicas de la ansiedad generalizada, como la rumiación o la mayor reflexión, pueden tener en la explicación de los mismos son discutidas. (22)

3.6 Autor: Lilian Salvo G. y Andrea Castro S.

Título: Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes

Resumen: La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es uno de los instrumentos más frecuentemente usados para evaluar la impulsividad. Este artículo describe la confiabilidad y validez de la BIS-11 en adolescentes chilenos. **Sujetos y Métodos:** El estudio se efectuó en estudiantes de enseñanza media ($n = 763$). La confiabilidad se evaluó con análisis de consistencia interna y homogeneidad de los ítems. Para la validez se empleó coeficiente de correlación de Pearson y prueba t de student para muestras independientes. **Resultados:** La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,77 y su puntaje total correlacionó significativamente con impulsividad según DSM IV, impulsividad según reporte del profesor, intento de suicidio y consumo de alcohol. **Conclusiones:** La BIS-11 es una medida de impulsividad con adecuada confiabilidad y validez en esta población. (23)

3.7 Autor: Adalberto Campo-Arias, Jaider Alfonso Barros-Bermúdez, Germán Eduardo Rueda-Jaimes

Título: Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis

Resumen: *Introducción:* El cuestionario CAGE es el instrumento más usado para identificar el consumo abusivo de alcohol; pero no se conocen muchas de sus propiedades psicométricas en los adultos colombianos. *Objetivo:* Determinar la consistencia interna del cuestionario CAGE en fumadores y no fumadores adultos que informaron consumo de alcohol durante el último mes y conocer el comportamiento psicométrico frente a una entrevista clínica estructurada en un

grupo de adultos fumadores de la población general de Bucaramanga, Colombia.

Método: Se diseñó un estudio de validación de una prueba diagnóstica en tres grupos de la población general. Se determinó la consistencia interna mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson y las propiedades frente a una entrevista clínica en un subgrupo de fumadores (sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de probabilidad, *kappa* de Cohen y área bajo la curva ROC). *Resultados:* La consistencia interna estuvo entre 0,753 y 0,834. En fumadores, para el punto de corte de 2, la sensibilidad fue 66,7% (IC95%: 38,8-87,0); la especificidad, 86,0% (IC95%: 73,7-93,3); el valor predictivo positivo, 55,6% (IC95%: 31,3-77,6); el valor predictivo negativo, 90,7% (IC95%: 78,9-96,5); la razón de probabilidad positiva, 4,8; la razón de probabilidad negativa, 0,39; la *kappa* media de Cohen, 0,490 (IC95%: 0,253-0,727), y el área bajo la curva ROC, 0,805 (IC95%: 0,680-0,929). *Conclusiones:* El cuestionario CAGE muestra aceptable consistencia interna y modestas propiedades cuando se compara con una entrevista clínica en personas fumadoras. (24)

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Determinar el Nivel de Impulsividad, las características epidemiológicas y su asociación con el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

4.2. **Específicos**

- 1) Identificar el Nivel de Impulsividad en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.
- 2) Identificar el tipo de Consumo de Alcohol en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.
- 3) Determinar las características epidemiológicas más frecuentes en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.
- 4) Determinar si existe asociación entre el Nivel de Impulsividad, tipo de Consumo de Alcohol y determinadas características epidemiológicas en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

5. **Hipótesis**

Dado que los Niveles de Impulsividad pueden predisponer al desarrollo de trastornos por uso de sustancias, entre estas el alcohol, existirá asociación entre los niveles de Impulsividad y el tipo de consumo de Alcohol y se compartirá características epidemiológicas comunes en una población de adolescentes de un Centro Preuniversitario, Arequipa, 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) (Anexo 2) y Cuestionario para consumo de alcohol CAGE (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

5. Campo de verificación

2.5. Ubicación espacial: La investigación se realizara en Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.6. Ubicación temporal: La investigación se realizara en los meses de Enero de 2017 y Marzo de 2017

2.7. Unidades de estudio: Estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.8. Población: Estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Estudiante inscrito en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
 - Participación voluntaria en el estudio
- **Exclusión**
 - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

6. Estrategia de Recolección de datos

3.2. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, así como se informará al personal de dicha institución.

3.3. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.4. Validación de los instrumentos

3.3.1 Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es un instrumento extensamente usado en investigación psicológica, psiquiátrica, sociológica y educativa. La versión inicial data de 1959, fue desarrollada como parte de un intento por relacionar ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora. Una revisión posterior de los análisis factoriales de otros autores convencieron a Barratt que la impulsividad no es un constructo unidimensional. Planteó que la impulsividad está compuesta de tres subrasgos. Así, la BIS (versión 10) fue rediseñada para medir esos tres componentes, a priori definidos. Barratt denominó estos subrasgos como impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Posteriormente, dicha estructura ha sido reiteradamente demostrada en la literatura. La BIS11 es la versión de la Escala de Impulsividad de Barratt actualmente en uso, psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente más empleada, en adultos y adolescentes. En los diferentes estudios ha demostrado adecuados parámetros de confiabilidad y validez. La impulsividad medida por este instrumento ha correlacionado con múltiples desórdenes impulsivos, entre ellos: agresividad, autoagresiones, conducta suicida, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de personalidad antisocial; en poblaciones clínicas y no clínicas. es una escala diseñada para evaluar impulsividad. Consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada ítems consta de cuatro opciones de

respuesta (o, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). Puede ser auto o heteroaplicada. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems (23).

La escala de impulsividad de Barrat (BIS – 11) es un cuestionario autoadministrado consta de 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (1 = Nunca o raramente; 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = siempre o casi siempre) en donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad. No obstante, algunos ítems son inversos para evitar un sesgo de respuesta. (23)

3.3.1.2 Propiedades Psicométricas

3.3.1.2.1 Fiabilidad

Con el objetivo de determinar la confiabilidad de la prueba se realizó una correlación ítem-test. Los resultados obtenidos demostraron que cinco ítems no presentaron correlaciones significativas ítem – test (Patton et al., 1995). Los ítems cuyas correlaciones no resultaron significativas fueron: 19 (“I have regular health checkups”), 26 (“I walk and move fast”), 27 (“I solve problems by trial and error”) y 33 (“I like puzzles”). Los tres primeros ítems también tuvieron problemas para diferenciar entre los distintos grupos por lo cual fueron retirados de análisis posteriores. Los restantes 31 ítems fueron sometidos nuevamente a un análisis correlación ítem – total de la prueba en donde el ítem 29 fue descartado al no presentar una correlación significativa ($p < 0.05$) y por no diferenciar entre puntajes extremos (Patton et al., 1995). Así, fueron eliminados 4 ítems del BIS-11 (23).

Específicamente en adolescentes Para evaluar la validez concurrente de la BIS- 11, se correlacionó su puntaje total con el puntaje obtenido en la escala de Impulsividad-DSM-IV.

Se encontró una correlación directa, altamente significativa entre ambas escalas ($r(761) = 0,55, p < 0,001$). Dicha validez también fue estudiada a través de la comparación entre el puntaje de la BIS- 11 obtenido en el grupo de adolescentes impulsivos y el grupo de adolescentes no impulsivos. El análisis permitió concluir que existe una diferencia significativa entre ambos grupos, $t(761) = 7,02, p < 0,001(23)$.

3.3.1.2 Validez y Consistencia Interna

Se evaluó la Consistencia interna por medio del alfa de Cronbach (α). Los resultados obtenidos fueron un α de 0.82 estudiantes universitarios, un α de .83 en pacientes psiquiátricos, α de .80 en reos y un α de .79 en pacientes con adicción a sustancias, es decir, la consistencia interna de la prueba se encontró en los límites de lo aceptable (23).

3.3.1.3 Interpretación

La escala de impulsividad de Barrat (BIS – 11) consta de 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (1 = Nunca o raramente; 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = siempre o casi siempre) en donde el puntaje 4 indica una mayor impulsividad (Patton et al., 1995). No obstante, algunos ítems son inversos para evitar un sesgo de respuesta (Patton et al., 1995). Los puntajes de la prueba varían desde 30 hasta 120 y no hay un punto de corte establecido tal como lo señala Von Diemen et al. (2007). Al respecto, Stanford et al. (2009) señala que en previos estudios han usado el puntaje de 74, el cual es una desviación estándar por encima de la media reportada en Patton et al. (1995), para designar que un individuo posee alta impulsividad, y aquellos por debajo de este puntaje poseen una baja impulsividad (23).

3.3.2 Cuestionario para el consumo de alcohol (CAGE).

Existen, para uso clínico y en investigación poblacional, varios instrumentos breves para identificar posibles casos de consumo problemático de alcohol (abuso y dependencia de

alcohol). El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas) y poblaciones. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol (24).

El cuestionario CAGE es la escala más conocida, ampliamente utilizada y validada en diferentes contextos. Este instrumento ha mostrado ser tan bueno como los marcadores bioquímicos para identificar dependencia de alcohol. Para la escala se ha documentado en diferentes investigaciones una consistencia interna entre 0,52 y 0,90, con un promedio de 0,74. Asimismo, ha presentado aceptable sensibilidad y especificidad cuando se ha comparado con una entrevista clínica para abuso o dependencia de alcohol (24).

Consta de las siguientes preguntas:

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Have you felt the need to Cut down drinking? Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Have you ever felt Annoyed by criticism of drinking? Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Have you had Guilty feelings about drinking? Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Do you ever take a morning Eye opener (a

drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)? Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos (24).

3.3.2.1 Interpretación

Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. Los datos de diferentes estudios sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado. - Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo (24):

- 0-1 Bebedor social
- 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia
- 3 Consumo perjudicial
- 4 Dependencia alcohólica

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones. - Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad

para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE, tampoco distingue entre consumo actual y pasado (24).

3.5. Criterios para manejo de resultados

f) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, Anexo 2 y Anexo 3 serán tabulados y posteriormente pasados a una matriz de datos para facilitar su interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 17				Febrero 17				Marzo 17			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01/01/17

Fecha probable de término: 15/03/17



V. Bibliografía Básica

- 1.- Belloch A., Sandin B., Ramos F. Manual de Psicopatología, McGraw-Hill/Interamericana-España ;2008. Cap.18 p.406-425
- 2.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 11 ed. Wolters Kluver(NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers;2014. Cap.49 p.1258-63
- 3.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio Cateyes JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed.Corporacion para Investigaciones Biologicas;2010.Cap.13 p.168-172
- 4.-Dalley JW, Roiser JP. (2012). “Dopamine, serotonin and impulsivity”. Neuroscience, 215, 42-58.
- 5.-García Ribas, G. (2002). “Neuroanatomía de la impulsividad”. Psiquiatría Biológica, 9 (Supl. 2): 10-154.
- 6.-Arranz B, San Molina L. (2008) “Neurobiología de la impulsividad”. En: Ros S, Ed. Impulsividad. Ars Medica, Barcelona.
- 7.- Gil M, Roca M. (2000). “Psicopatología de la acción y la voluntad”. En: Luque R, Villagran JM, Eds. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Ed Trotta, Madrid.
- 9.- Philip F. Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura., Prentice Hall, Madrid; 2000. Cap. 8 p.173-81
- 10.- Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana;2010. Cap. 9 p.145-63
- 11.-Mardomingo, MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Medica Panamericana; 2009. Cap. 24 p.931-936
- 12.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 13.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General Anales de Salud Mental Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima
- 14.- Pavlov KA, Chistiakov DA, Chekhonin VP. (2012). “Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans”. J Appl Genet. Feb; 53 (1): 61-82.
- 15.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

- 16.- Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator
- 17.- Becoña E., Vásquez F., Manual de psicología clínica infantil y del adolescente 4ed. Ediciones Pirámide – España; 2006. Cap.7.p. 213-233
- 18.- Iriarte A., Agresividad premeditada e impulsiva según estilos de socialización parental en adolescentes del Distrito de la Esperanza, Trujillo 2009, Tesis para obtener el título profesional de Psicólogo, UCV
- 19.- Cano, P., Gutiérrez, C., Nizama, J. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana, Rev. Perú. med. exp. salud publica [online]. 2009, vol.26, n.2 [citado 2017-01-19], pp. 175-181
- 20.- Riofrio J., Villegas M. Adaptabilidad - Cohesión Familiar y Agresividad en la Convivencia Escolar en Adolescentes - Chiclayo, 2014. Rev. PAIAN VOL. 6 /Nº 1. ISSN N°2313-3139/2015
- 21.- Barbosa, Y., Beltran, L., Fraile S., Impulsividad, dependencia a internet y telefonía móvil en una muestra de adolescentes de la ciudad de Bogotá, Tesis para obtener el Título de Psicólogo, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología, 2015
- 22.-Corbí B., Pérez, J., Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Dpto. de Psicología. Facultad de CC de la Salud. Universidad Camilo José Cela, Colombia 2009.
- 23.- Salvo L., Castro A., Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Rev. chil neuro-psiquiat 2013; 51 (4): 245-254
- 24.-Campo-Arias,A., Barros-Bermúdez,J., Rueda-Jaimes,G., Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 2 / 2009

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

A continuación le solicitamos marcar la alternativa respecto a cada ítem citado:

EDAD:	Menos de 18 años ()	18 años ()	19 años ()	20 años ()	Mas de 20 años
SEXO:	Masculino ()	Femenino ()			
PROCEDENCIA:	Arequipa ()	Otros ()			
RELIGION:	Católica ()	Evangelista ()	Cristiana ()	Otra ()	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:					
	Secundaria incompleta()	Secundaria completa()	Superior incompleta ()		

Anexo 2: Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando una X en la opción que más le represente.

	Raramente o Nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A Menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto(a) por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actuo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Anexo 3: Cuestionario CAGE para el consumo de Alcohol (CAGE).

Responde la siguiente serie de preguntas, de manera sincera y marque con una (X), lo que considere correcto.

	SI	NO
1. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que debería beber (alcohol) menos?		
2. ¿Alguna vez le ha molestado que la gente critique su manera de beber?		
3. ¿Alguna vez se ha sentido usted culpable en relación a su manera de beber?		
4. ¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas, para tranquilizarse o quitarse la resaca, tras haber bebido la noche anterior?		

ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS



	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	RELIGIÓN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE IMPULSIVIDAD BIS-11	CONSUMO DE ALCOHOL
1	0	0	0	3	1	30	0
2	0	1	0	0	1	53	0
3	0	0	0	0	1	39	1
4	0	1	0	0	1	36	0
5	0	0	0	0	1	29	0
6	0	0	0	2	1	38	0
7	2	1	0	0	1	32	0
8	0	0	0	0	1	26	0
9	0	0	1	0	1	54	0
10	0	0	0	2	0	43	1
11	0	1	0	0	1	40	0
12	0	1	0	0	1	42	0
13	1	1	1	0	1	67	2
14	0	0	0	0	1	56	2
15	0	1	1	0	1	28	0
16	0	0	0	0	1	45	0
17	1	0	1	2	1	50	0
18	2	1	1	2	1	50	0
19	0	1	0	1	1	65	3
20	0	0	1	0	1	32	0
21	2	0	0	0	1	58	2
22	1	0	1	2	1	56	0
23	0	1	0	1	1	76	2
24	0	1	0	0	1	56	1
25	0	0	1	0	1	58	0
26	0	1	0	0	1	36	1
27	0	1	0	3	1	42	1

28	0	1	1	0	1	46	0
29	0	0	1	0	1	46	0
30	1	1	0	0	1	32	0
31	0	0	0	0	1	55	0
32	0	1	0	0	1	59	2
33	0	1	0	0	1	37	1
34	0	0	0	0	1	56	0
35	2	0	1	0	1	40	0
36	0	1	1	0	1	34	0
37	3	1	0	0	1	45	2
38	0	1	0	0	1	34	1
39	0	1	1	0	1	74	2
40	0	0	0	0	1	35	0
41	2	1	0	0	1	36	0
42	0	0	1	0	1	46	0
43	3	1	1	0	2	59	0
44	0	1	0	0	1	18	0
45	0	1	0	0	1	24	0
46	0	1	0	0	1	21	0
47	0	1	0	0	1	68	0
48	0	1	0	0	1	20	0
49	0	1	0	0	1	60	0
50	0	1	0	0	1	80	1
51	0	1	0	0	1	38	1
52	0	1	0	3	1	47	0
53	1	0	0	0	2	63	0
54	0	0	0	0	1	51	2
55	0	1	0	0	0	35	0

56	1	0	1	0	1	50	1
57	0	0	0	0	1	32	3
58	0	0	1	0	1	47	0
59	0	0	0	0	1	44	1
60	0	0	0	0	1	42	0
61	0	1	0	0	1	48	2
62	0	0	0	0	1	41	0
63	0	0	0	0	1	45	0
64	1	0	0	0	1	45	1
65	0	1	0	0	1	51	0
66	2	0	0	0	1	40	0
67	0	0	0	0	1	47	1
68	0	1	1	2	1	30	1
69	0	1	0	0	1	18	0
70	0	1	0	0	1	41	0
71	0	0	0	0	1	40	0
72	1	1	0	0	1	31	0
73	0	1	1	0	1	54	2
74	0	1	1	0	1	75	3
75	1	0	0	0	1	66	0
76	3	0	1	2	1	34	0
77	0	1	1	3	1	41	0
78	0	0	0	0	1	57	3
79	0	0	1	0	1	47	2
80	2	1	0	2	2	43	2
81	0	1	0	2	1	40	0
82	0	0	0	0	1	41	1
83	0	0	0	0	1	55	2

84	1	1	0	0	1	31	1
85	0	1	0	0	1	45	0
86	0	0	0	0	1	62	0
87	2	0	0	0	1	47	2
88	0	0	0	0	1	76	3
89	0	1	0	0	1	36	0
90	0	0	1	2	1	50	0
91	0	0	0	3	1	49	0
92	0	1	0	0	1	47	0
93	0	1	0	0	1	51	0
94	0	0	0	0	1	35	0
95	0	0	0	1	0	53	1
96	0	0	0	0	1	41	0
97	2	0	0	0	1	43	1
98	0	0	1	2	1	36	0
99	0	0	0	0	1	61	0
100	0	0	0	0	1	42	0
101	0	1	0	0	1	45	0
102	0	0	0	0	1	62	0
103	2	0	0	0	1	47	2
104	0	0	0	0	1	76	3
105	0	1	0	0	1	36	0
106	0	0	1	2	1	50	0
107	0	0	0	3	1	49	0
108	0	1	0	0	1	47	0
109	0	1	0	0	1	51	0
110	0	0	0	0	1	35	0
111	0	1	1	0	1	75	3

112	1	0	0	0	1	66	0
113	3	0	1	2	1	34	0
114	0	1	1	3	1	41	0
115	0	0	0	0	1	57	3
116	0	0	1	0	1	47	2
117	2	1	0	2	2	43	2
118	0	1	0	2	1	40	0
119	0	0	0	0	1	41	1
120	0	0	0	0	1	55	2
121	1	1	0	0	1	31	1
122	0	1	0	3	1	47	0
123	1	0	0	0	2	63	0
124	0	0	0	0	1	51	2
125	0	1	0	0	0	35	0
126	1	0	1	0	1	50	1
127	0	0	0	0	1	32	3
128	0	0	1	0	1	47	0
129	0	0	0	0	1	26	0
130	0	0	1	0	1	54	0
131	0	0	0	2	0	43	1
132	0	1	0	0	1	40	0
133	0	1	0	0	1	42	0
134	1	1	1	0	1	67	2
135	0	0	0	0	1	56	2
136	0	1	1	0	1	28	0
137	0	0	0	0	1	45	0
138	1	0	0	0	2	63	0
139	0	0	0	0	1	51	2

140	0	1	0	0	0	35	0
141	1	0	1	0	1	50	1
142	0	0	0	0	1	32	3
143	0	0	1	0	1	47	0
144	0	0	0	0	1	44	1
145	0	0	1	0	1	47	0
146	0	0	0	0	1	26	0
147	0	0	1	0	1	54	0
148	0	0	0	2	0	43	1
149	0	1	0	0	1	40	0
150	0	1	0	0	1	42	0
151	1	1	1	0	1	67	2
152	0	1	1	0	1	75	3
153	1	0	0	0	1	66	0
154	3	0	1	2	1	34	0
155	0	1	1	3	1	41	0
156	0	0	0	0	1	57	3
157	0	0	1	0	1	47	2
158	2	1	0	2	2	43	2
159	0	1	0	2	1	40	0
160	0	0	0	0	1	41	1
161	0	0	0	0	1	55	2
162	1	1	0	0	1	31	1
163	0	1	0	0	1	45	0
164	0	0	0	0	1	62	0
165	0	1	1	2	1	30	1
166	0	1	0	0	1	18	0
167	0	1	0	0	1	41	0

168	0	0	0	0	1	40	0
169	1	1	0	0	1	31	0
170	0	1	1	0	1	54	2
171	0	1	0	0	1	36	1
172	0	1	0	3	1	42	1
173	0	1	1	0	1	46	0
174	0	0	1	0	1	46	0
175	1	1	0	0	1	32	0
176	0	0	0	0	1	55	0
177	0	1	0	0	1	59	2
178	0	1	0	0	1	37	1
179	0	0	0	0	1	56	0
180	2	0	1	0	1	40	0
181	0	1	1	0	1	34	0
182	0	0	0	0	1	79	3
183	0	0	1	0	1	47	2
184	2	1	0	2	2	43	2
185	0	1	0	2	1	40	0
186	0	0	0	0	1	41	1
187	0	0	0	0	1	78	2
188	0	0	1	0	1	76	2
189	2	1	0	2	2	77	2
190	0	1	0	2	1	40	0
191	0	0	0	0	1	41	1
192	0	0	0	0	1	75	2
193	1	1	0	0	1	31	1
194	0	1	0	3	1	47	0
195	1	0	0	0	2	63	0

196							
197							
198							
199							
200							
	0=MENOS DE 18 AÑOS	0=MASCULINO	0=AREQUIPA	0=CATÓLICA	0=SECUNDARIA INCOMPLETA	BAJA IMPULSIVIDAD= MENOS DE 74	0=NO BEBEDOR
	1=18 AÑOS	1=FEMENINO	1=OTROS	1=EVANGELISTA	1=SECUNDARIA COMPLETA	ALTA IMPULSIVIDAD= MÁS DE 74	1=BEBEDOR SOCIAL
	2=19 AÑOS			2=CRISTIANA	2=SUPERIOR INCOMPLETA		2=CONSUMO DE RIESGO
	3=20 AÑOS			3=OTRA			3=CONSUMO PERJUDICIAL
	4=MÁS DE 20 AÑOS						4=DEPENDENCIA ALCOHÓLICA