



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

IMPULSIVIDAD Y CONDUCTAS SUICIDAS EN
ALCOHOLICOS EN TRATAMIENTO

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología
con mención en Psicología Clínica
que presenta
el bachiller

RENZO M. KOU RIOS

Dr. CECILIA CHAU PÉREZ-ARANIBAR
Asesora

LIMA- Octubre 2013

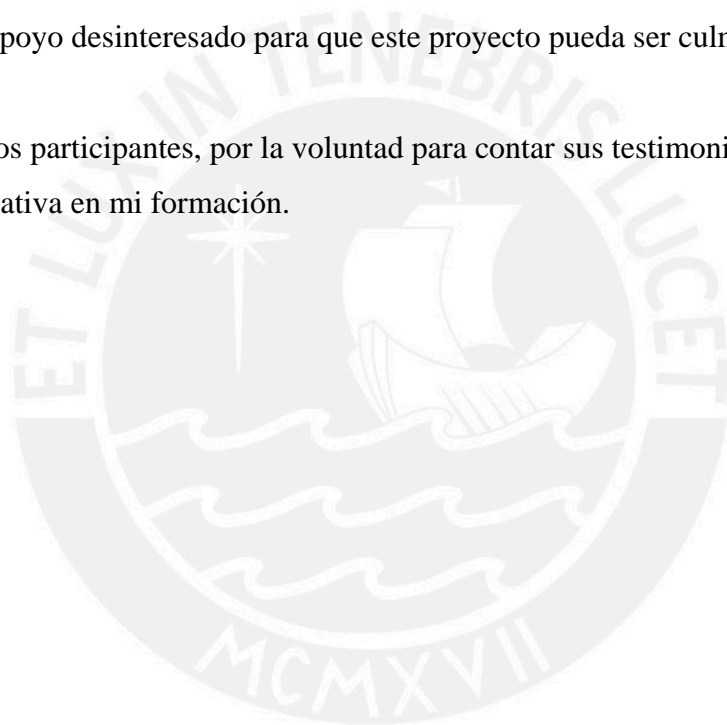
Agradecimientos

A mi familia, por su comprensión y apoyo constante a lo largo de mi formación académica.

A Cecilia Chau, por su guía y orientación desde el primer momento en que esta investigación comenzó.

A Elena Suarez, Margarita Chauca, Elsa Farfán, Germán Beteta y Andrés Ferrari, por su ayuda y apoyo desinteresado para que este proyecto pueda ser culminado.

A todos los participantes, por la voluntad para contar sus testimonios, contribuyendo de forma significativa en mi formación.



Impulsividad y conductas suicidas en alcohólicos en tratamiento

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal explorar la relación entre la impulsividad y las conductas suicidas en una muestra de 50 pacientes alcohólicos entre los 20 y 67 años que se encontraban internados en 9 comunidades terapéuticas de Lima. Se utilizó el Inventario de Impulsividad de Dickman (DII), que distingue entre impulsividad disfuncional (ID) e impulsividad funcional (IF) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) desarrollada por Beck et al. (1988). Adicionalmente se utilizó una ficha de datos generales elaborada por el autor que recoge información demográfica, así como datos referidos al internamiento y consumo.

Aquellos pacientes que intentaron suicidarse tienen un puntaje significativamente mayor en la escala ID que aquellos que no lo han intentado, además se encontró correlaciones significativas de la escala ID con antecedente de intento de suicidio, el considerarse agresivo y el tener familiares que se suicidaron. No se encontraron correlaciones ni diferencias significativas en IF. Los resultados sugieren que los individuos con tendencia a ID se encuentran en mayor riesgo de suicidio. Dada su simpleza se sugiere el uso de DII como una prueba de screening y una herramienta adicional de diagnóstico y selección de tratamiento.

Palabras Clave: *Impulsividad, intento de suicidio, alcoholismo, adicciones*

ABSTRACT

This research aims to explore the relationship between impulsivity and suicidal behavior in a sample of 50 alcoholic patients between 20 and 67 years old, receiving inpatient treatment in 9 therapeutic communities from Lima. The instruments used were the Dickman Impulsivity Inventory (DII), which distinguishes between dysfunctional impulsivity (ID) and functional impulsivity (IF) and the Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) developed by Beck et al. (1988). Additionally a general data sheet prepared by the author was used to collect demographic information and data relating inpatient treatment and consumption. The patients who have attempted suicide scored significantly higher on the ID scale than those who never attempted suicide, also the ID scale shows significant correlations with history of attempted suicide, being aggressive and having relatives who committed suicide. Neither correlations nor significant differences were found in IF. The results suggest that individuals with a tendency to ID are at increased risk of suicide. Because of its simplicity it is suggested to use the DII as a screening test and an additional tool for diagnosis and treatment selection.

Key Words: *Impulsivity, attempted suicide, alcoholism, addiction*

Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	17
Resultados	19
Discusión.....	23
Referencias	33
Anexos	39



Introducción

El consumo de alcohol se ha convertido en uno de los riesgos más serios para la salud a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Según la WHO (2011), el consumo dañino de alcohol origina 2.5 millones de muertes cada año y su consumo es el tercer factor de riesgo más importante en relación a enfermedades, muertes prematuras y discapacidades en el mundo.

Diversos estudios epidemiológicos dan cuenta que el consumo de alcohol se ha expandido de forma generalizada a la mayoría de países de América (OPS, 2007; WHO, 2009; WHO, 2011), al punto que el promedio anual de consumo de bebidas alcohólicas por persona en América es de 8.9 litros, cifra que supera ampliamente el consumo mundial, el cual es de 5.8 litros (Rehm y Monteiro, 2005).

Se estima que en el año 2002, el 5.4% de todas las muertes en las Américas estuvo relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas, mientras que a nivel mundial esta cifra fue de 3.7%, esto representa 68% más que las cifras mundiales (OPS, 2007). Además las cifras de la OMS (2004) dan cuenta de que entre el 20% y 50% de fatalidades en accidentes de tránsito se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas.

A pesar de su elevado consumo a nivel mundial, se sabe que las bebidas alcohólicas están relacionadas con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro, 2005); se trata de una sustancia psicoactiva que afecta el cerebro y la mayoría de órganos del cuerpo, deprime el sistema nervioso central y su alta concentración puede llegar a producir muerte celular.

La droga legal de mayor consumo en Perú es el alcohol (CEDRO, 2008), y desde hace más de una década (Saavedra, 1997) constituye la principal dependencia que mayores estragos produce en nuestro país.

Estudios epidemiológicos realizados hace unos años revelan que en nuestro país se ha dado un incremento generalizado del uso de bebidas alcohólicas en la última década (CEDRO, 1993, Castro de la Mata & Zavaleta, 2002, DEVIDA, 2006; CEDRO, 2008; OPD, 2009).

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (2002), se da cuenta de que en la región costa la prevalencia anual de abuso/dependencia al alcohol fue de 5,3%,

en la sierra se encontró una prevalencia anual de 10% (EESM, 2004) mientras que en la selva la prevalencia fue de 8,8% (EESM, 2005). Además CEDRO (2008) realizó un estudio epidemiológico que estima que la cantidad de adictos a bebidas alcohólicas podría pasar el millón de personas.

Una encuesta realizada por DEVIDA (2006) en poblaciones urbanas dio cuenta que la prevalencia de vida de consumo de alcohol se encontraba en 83%, además se estimó que el 8.1% de la población urbana entre los 12 y 64 años de edad presentaba indicadores de dependencia alcohólica, lo cual equivaldría a poco más de medio millón de peruanos.

En la misma línea, el Observatorio Peruano de Drogas (2009) reporta que entre los años 2005 y 2007 la demanda de tratamiento por abuso o dependencia a sustancias legales (principalmente alcohol) se incrementó considerablemente de un 28.7% en 2005 a 43.7% en 2007. Además más de la cuarta parte de pacientes que solicitó tratamiento por dependencia indicó como sustancia principal el alcohol, el reporte de dependencia a esta sustancia alcanzó el 41.5% en 2007, mientras que la demanda de tratamiento por abuso de alcohol llegó a representar más del 40% en los años 2006 y 2007 (OPD, 2009). De esta forma el consumo de bebidas alcohólicas en Perú se ha convertido en un problema de salud pública.

El uso desmesurado y crónico de esta sustancia produce una dependencia severa, conocida como alcoholismo (Sher, 2006). Este se caracteriza por el desarrollo de tolerancia (medida del aumento en la cantidad de una droga a lo largo del tiempo para alcanzar el mismo efecto deseado) y la aparición del síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir alcohol (APA, 2000).

De esta forma, conforme el sujeto aumenta su consumo desarrolla dependencia fisiológica acompañada de síntomas de abstinencia (p. ej., alteraciones en el sueño, náuseas y agitación psicomotora). A esto se le suma diversas complicaciones físicas (p. ej., gastritis, peritonitis, esofagitis) así como el invertir cada vez más tiempo en conseguir y consumir alcohol, además de una reducción relevante de la actividad social, laboral y recreativa (APA, 2000).

La adicción alcohólica tiene una sintomatología característica en la que se destaca, el comportamiento anormal, alteraciones en la memoria, crisis de agresividad, impotencia

sexual, atrofia cerebral, aparición de gastritis, cirrosis hepáticas, y hemorragias digestivas (CEDRO, 2008). El consumo de alcohol también ha sido asociado con acciones peligrosas, como el recurrir a la violencia o manejar en estado de ebriedad; su consumo también se vincula con otros problemas sociales como el abuso y abandono de niños y ausentismo en el trabajo (WHO, 2011).

Por otro lado, según la OPS (2007) el consumo de alcohol contribuye con las enfermedades mentales, y en particular tiene un impacto sobre el suicidio, ya sea en términos de producir ideas suicidas, o como un mediador que reduce el tiempo entre las ideas y la acción de quitarse la vida.

El suicidio es un grave problema médico y social, se estima que a nivel global 1 millón de personas se suicida cada año y que cada 40 segundos una persona muere por lesiones auto infligidas (WHO, 2008). Las muertes auto infligidas fueron la décima causa principal de muerte a nivel mundial, representando el 1.5% de todas las muertes (Levi, F.; et al. 2003), además se ha sugerido que en los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel global (Bertolote y Fleischmann, 2005). Incluso la OMS (2004) ha llegado a estimar que para el año 2020 las víctimas de suicidio bordearan el millón y medio de personas en todo el mundo. De esta forma el suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte no solo de países industrializados sino también en vías de desarrollo (García et al. 1998).

El espectro de conductas suicidas analizado en el presente estudio sigue los lineamientos propuestos por la OMS (1968) para la designación de conductas suicidas, y hacen referencia tanto a la ideación suicida, como a los intentos de suicidio.

Ideación suicida: procesos cognitivos y afectivos que oscilan desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida y preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autoeliminación (Saldaña, 2001, en Castañeda, 2002).

Intento suicida: Suceso en el cual un sujeto se causa una lesión cuyo resultado final no es la muerte (García et al. 1998), también se les denomina conductas para- suicidas, e

incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de autoeliminación (Saldaña, 2001, en Castañeda, 2002).

Los desórdenes mentales (en particular la depresión y el abuso de sustancias) han sido frecuentemente asociados con casos de suicidios (Pompili et al. 2010). La existencia de un nexo entre el consumo de alcohol y el suicidio ha sido desarrollado de forma más convincente desde mediados de la década de los 60 (Reimer, 1964; Stenback, Achte & Rimon, 1965; James, 1966), siendo comprobado en últimos años (Murphy & Wetzels, 1990; Conner & Duberstein, 2004; Bernal et al, 2007).

Se sabe que el alcoholismo es un importante factor de riesgo para las conductas suicidas (Sher, 2006; Téllez-Vargas, 2006; Monteiro, 2007; WHO, 2009; Yaldizli, Kuhl, Graf, Wiesbeck, Wurst; 2010), y se ha sugerido que individuos con dependencia alcohólica tienen un riesgo de suicidio mayor que la población normal. Se cree que aproximadamente el 7% de alcohólicos llega a suicidarse (Inskip, Harris & Barraclough, 1998), además se ha reportado que el riesgo de suicidio en pacientes alcohólicos es 60 veces más alto que en población normal (Soyka et al. 1993; Gorwood, 2001).

Se ha hipotetizado que el suicidio consumado es generalmente producto de una complicación cuando se padece de depresión severa (Dear, 2000; Téllez-Vargas, 2006), sin embargo, para que este sea consumado se requiere de factores de riesgo adicionales ya que la mayoría de pacientes psiquiátricos con trastornos del estado de ánimo nunca intenta suicidarse (Sher, Oquendo, Mann, 2001; Sher y Mann, 2003).

Dentro de los factores de riesgo adicionales en individuos alcohólicos que intentaron suicidarse se encuentran las siguientes características socio demográficas: ser varón, tener una edad entre los 20 y 50 años, vivir solo, estar desempleado, no contar con soporte social y haber sufrido pérdidas interpersonales (Pirkis, Burgess & Jolley, 2002; Sher, 2006). En relación al género, se cree que los hombres están en mayor riesgo ya que presentan mayor efectividad al suicidarse, esto se debe a que el método de suicidio en hombres suele ser mucho más agresivo, como ahorcarse o dispararse, mientras que las mujeres utilizan métodos menos aversivos como la sobredosis por medicamentos o la muerte por desangrado (Castañeda, 2002; Pirkis et al., 2002; Mishari, 2003). Por otro lado, el vivir solo, el estar desempleado, la falta de soporte social y las pérdidas interpersonales,

son considerados factores de riesgo porque constituyen fuertes estresores (Pirkis et al. 2002).

De esta forma, a pesar de ser un trastorno multidimensional (OMS, 2000), con frecuencia se cree que la causa del suicidio se debe a la presencia de un estresor (por ej. problemas económicos o sentimentales) que supera la capacidad de adaptación del individuo, sin embargo en la mayoría de casos esta postura resulta simplista al tratar de comprender las causas del comportamiento suicida, Téllez-Vargas (2006) hipotetiza que los estresores vitales requieren la presencia de cierta vulnerabilidad biológica o psicológica (diátesis) que propicia el desencadenamiento de la conducta suicida.

Existen modelos que abarcan la relación entre el uso de alcohol y el comportamiento suicida en población adulta (Hufford, 2001; Conner & Duberstein; 2004; Lamis & Malone, 2012). Estos modelos teóricos proponen una relación de tipo causal, es decir sugieren que el uso de alcohol incrementa la probabilidad de suicidio a través de otros factores de riesgo, como el atravesar un episodio depresivo o características de personalidad específicas.

El modelo estresor-diátesis propuesto por Oquendo y colaboradores (2004) explica la conducta suicida diferenciando entre estresores que precipitan el acto suicida (eventos vitales, dificultades económicas, pérdidas afectivas, enfermedades depresivas) y la diátesis o vulnerabilidad, que se caracteriza por la tendencia al pesimismo, desesperanza, abuso de sustancias y la presencia de características de agresividad o impulsividad.

De forma similar, Conner & Duberstein (2004) proponen que los factores predisponentes para el suicidio más relevantes son la agresividad/impulsividad, la severidad del alcoholismo, la desesperanza y el afecto negativo; mientras que los episodios depresivos mayores y eventos estresantes como complicaciones interpersonales, son vistos como factores precipitantes de la conducta suicida.

El modelo cúspide catástrofe propuesto por Hufford (2001) explica la relación entre el uso de alcohol y el comportamiento suicida, diferenciando entre dos posibles vías, la distal que involucra patologías como el alcoholismo y la proximal conformada por diversos estresores. Este modelo señala que para que la vulnerabilidad subyacente de

suicidio (riesgo distal) se transforme en riesgo inmediato de suicidio, los factores de riesgo de tipo proximal deben estar presentes.

De la misma forma, un modelo más reciente propuesto por Lamis & Malone (2012) identifica como factores que predisponen al suicidio a los rasgos de impulsividad, agresividad, un entorno sin soporte social y a la desesperanza. Por otro lado, como factores de riesgo que aumentan considerablemente la probabilidad de suicidio se encuentran los síntomas depresivos, y los problemas relacionados al consumo de alcohol (ausentismo laboral, involucrarse en peleas con otros al momento de consumir, etc).

Dicho modelo propone que las características de impulsividad/agresión en personas que consumen elevados niveles de alcohol generan una mayor probabilidad de que estos experimenten dificultades interpersonales con mayor frecuencia, así como eventos negativos a lo largo de la vida, y diversos problemas relacionados con el uso de alcohol, estos factores pueden precipitar síntomas depresivos y/o hacer que la persona tenga una mayor probabilidad de recurrir a comportamientos suicidas, especialmente en un contexto de bajo soporte social (Lamis & Malone, 2012). En suma, sería la interrelación entre todos los elementos del modelo lo que confiere riesgo significativo de suicidio entre aquellos con un consumo desmesurado de alcohol.

De esta forma, la bibliografía actual da cuenta de la relevancia que tendría el rasgo de impulsividad tanto en las conductas suicidas como en los comportamientos adictivos. La impulsividad ha sido una de las variables que más consistentemente ha sido vinculada con el contacto temprano con drogas y el abuso de sustancias (Verdejo, Lawrence & Clark, 2008). Aunque exista gran cantidad de información que apoya el nexo entre la impulsividad y el uso de alcohol, aún existe controversia en relación a la causalidad de esta relación. Sin embargo, lo que resulta relevante es que el comportamiento impulsivo está estrechamente vinculado con el consumo de sustancias tanto como determinante y consecuencia (De Wit, 2008). Es así que como determinante el rasgo de impulsividad puede aumentar la tendencia a usar drogas mientras que inversamente, el comportamiento impulsivo podría ser una consecuencia del uso agudo o crónico de sustancias. Según Pedrero (2009), la impulsividad aparece como una dimensión clave en la comprensión de los fenómenos adictivos y estaría vinculada con la adicción desde 3 perspectivas complementarias: a) como factor que

predispone y facilita la adquisición de la conducta adictiva, b) como factor que exagera la fase de consumo y c) como mediador en la influencia de otros factores de vulnerabilidad.

El constructo de impulsividad ha sido ampliamente utilizado desde las teorías de personalidad en la literatura psicológica (Eysenck & Eysenck, 1977; Gray J, 1987; Zuckerman & Cloninger, 1996) y tiene diversas aceptaciones, por lo cual pueden generarse contradicciones entre trabajos de distintas líneas teóricas que utilizan conceptualizaciones distintas de lo que es impulsividad (Whiteside & Linam, 2001). Algunas de las definiciones más aceptadas de impulsividad son: la incapacidad para detener una conducta que tiene consecuencias negativas, la preferencia por recompensas inmediatas en lugar de retardadas, la tendencia para involucrarse en conductas riesgosas y el comportarse sin previsión o consideración de las consecuencias (Evenden, 1999; Mitchell, 2004).

En la presente investigación se utilizará los constructos de impulsividad propuestos por Dickman (1990), que a partir de un análisis factorial distingue dos clases de impulsividad. Una es la Impulsividad Funcional (IF) y se relaciona con el entusiasmo, la toma de riesgos, los altos niveles de actividad y la audacia (Dickman, 1990; Dickman, 2000). Su contraparte, la Impulsividad Disfuncional (ID) se relaciona con conductas desordenadas y contraproducentes, con consecuencias negativas para el individuo. El rasgo de IF se caracteriza por un estilo de procesamiento de información rápido y efectivo, dicho de otra forma, contempla la tendencia a tomar decisiones rápidas en situaciones donde la estrategia implica un beneficio personal en lugar de consecuencias negativas (Dickman, 1990). Por otro lado, la ID se muestra asociada a la preferencia por lo inmediato y un comportamiento errático, con tendencia al desorden que hace que los individuos con este rasgo tengan dificultad para mantener su atención fija en la toma de decisiones, y en consecuencia actúen sin previsión (Dickman, 1990).

En la actualidad, se acepta que la impulsividad es un constructo multidimensional compuesto de varias características diferentes y posiblemente independientes (De Wit, 2008; Perry & Carroll, 2008), sin embargo, las medidas conductuales de impulsividad más comúnmente estudiadas son la toma de decisión impulsiva (la tendencia a preferir reforzadores pequeños e inmediatos en lugar de grandes pero demorados) y las tareas de inhibición conductual (donde se mide la capacidad o incapacidad para detener

comportamientos), ambas facetas de la impulsividad son medidas a través de tareas de tipo experimental donde se toma en cuenta la tendencia de respuesta y el tiempo de reacción.

Los adictos muestran deterioro en estas dos áreas, lo cual se traduciría en vulnerabilidad a lo largo de fases importantes de la adicción, se ha sugerido que la impulsividad podría tener un rol vital en el comportamiento de búsqueda de drogas durante la adquisición, escalada/desregulación, abstinencia, recaída y tratamiento (Perry y Carroll, 2008; de Wit, 2008), por ejemplo, en la fase de adquisición, definida como la transición del uso inicial de la droga a un consumo continuo o semanal (Campbell y Carroll, 2000), la elección impulsiva (es decir la preferencia por reforzadores inmediatos) explica porque algunas personas valoran más los efectos eufóricos e inmediatos de la sustancia, a otros de largo plazo como el éxito personal y económico (De Wit y Richards, 2004). De la misma forma, individuos con el control de la inhibición deteriorada (aquellos con dificultad para detener comportamientos) pueden ser incapaces de decir no a estímulos de su entorno, (como por ejemplo a la presión de grupo) que pueden llevarlos al abuso de drogas (de Wit y Richards, 2004).

Finalmente, no debe dejar de tomarse en cuenta el impacto que tendría la impulsividad sobre las conductas suicidas, los intentos de suicidio impulsivos son comunes en pacientes con desórdenes por el uso de alcohol (Ikeda, et al. 2001; Conner, 2004).

La impulsividad desinhibe el comportamiento y propicia conductas de alto riesgo, incluso comportamientos suicidas, esta es la razón por la cual se asocia con intentos de suicidio fallidos y gestos suicidas (Lester, 1990; Suominen et al.1997; Koller, et al. 2002; Téllez-Vargas, 2006). En el área de la psicopatología, múltiples síndromes tienen a la impulsividad como característica esencial: el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Winstanley, Tagle & Robbins, 2006), el trastorno por control de impulsos (Hoyle, 2006), los comportamientos antisociales (Gudjonsson, & Sigurdsson, 2007), el trastorno borderline (APA, 2000) y los trastornos de dependencia a sustancias (McGue, 2001; Pedrero, 2009).

Wojnar et al. (2009) investigaron la correlación entre intentos impulsivos y no impulsivos de autoeliminación en una muestra de 154 pacientes hospitalizados por dependencia alcohólica. Encontraron que el 43% de la muestra reportaba intentos de

suicidio, de los cuales el 62% puntuó alto en impulsividad. El único factor significativo que distinguía entre aquellos pacientes con intentos de suicidio impulsivos de aquellos con intentos no impulsivos, fue una puntuación mayor en impulsividad conductual.

Por otro lado, Simon et al. (2001), encontraron que individuos que realizaron intentos de autoeliminación impulsivos reportaron una mayor agresión a nivel comportamental, que aquellos que no realizaron intentos impulsivos. Estos autores hipotetizaron que un control conductual muy pobre, influenciado en gran parte por el abuso de alcohol, era un importante factor de riesgo para intentos de autoeliminación impulsivos. De esta forma se sugiere que el consumo de alcohol puede originar una falta de inhibición en la conducta y puede actuar como un mediador en otros aspectos relacionados con la impulsividad, como un pobre razonamiento y capacidad de planeamiento, así como en el deterioro de la capacidad para sostener la atención (Pompili, et al. 2010).

El estudio realizado por Pedrero (2009) en adictos a sustancias, dio cuenta de la utilidad del inventario de Dickman (1990) y de la presencia de mayores niveles de ID en adictos a sustancias en comparación con población normal. Por otro lado, como propone Dickman (1990) la mayoría de instrumentos miden la impulsividad desde una dimensión disfuncional; sin bien la IF no ha sido muy estudiada, ha sido vinculada con variables como la búsqueda de novedad y la creatividad (Martínez-Zaragoza, 2001), esta característica podría ser de interés en relación con el proceso de rehabilitación en la medida que se pudieran potenciar los aspectos más funcionales durante el proceso para el desarrollo de habilidades (Pedrero, 2009). De la misma forma Acton (2003) propone que el constructo de impulsividad resulta relevante tanto para la investigación como para la prevención de conductas adictivas. Por ejemplo, propone como en el caso de adolescentes impulsivos en riesgo de desarrollar dependencia a sustancias se podrían desarrollar programas de prevención que enfatizen otras conductas que resulten novedosas y excitantes (variables relacionadas con la impulsividad) como por ejemplo los deportes extremos (Acton, 2003).

Si bien en nuestro país el número de investigaciones epidemiológicas referentes a adicciones ha aumentado, a la fecha no se cuenta con estudios que den cuenta de la relación entre alcoholismo y suicidio en nuestro medio. La prevalencia de vida de intentos de suicidio en pacientes con dependencia alcohólica es alta, cerca del 40% de pacientes en

busca de tratamiento por alcoholismo reporta por lo menos un intento de suicidio en algún momento de sus vidas (Anderson, et al. 1995; Koller, et al. 2002; Roy, 2003). En general, la literatura científica reporta altas tasas de intentos de autoeliminación en individuos con problemas de dependencia al alcohol (Weissman & Myers, 1980; Murphy & Wetzel, 1990; Cornelius & Salloum, 1996; Sher & Zalsman, 2005). Por otro lado, es claro que la impulsividad y el uso de sustancias tienen una rica pero compleja relación, considerando las consecuencias para la salud pública que ambas pueden tener es relevante tener un mejor entendimiento de esta relación.

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país (CEDRO, 1993; CEDRO, 2008; EESM, 2002; DEVIDA, 2006; OPD, 2009) dan cuenta de que el consumo de bebidas alcohólicas ha ido aumentando a través del tiempo. La recolección y descripción de datos referentes al alcoholismo tiene como fin propiciar investigaciones posteriores que tengan como objetivo el encontrar factores de protección y prevención del mismo.

Hace casi ya una década se ha advertido la presencia de indicadores suicidas en nuestra población (EESM, 2002), esto sumado al aumento de consumo de alcohol y búsqueda de tratamiento, hace que el presente estudio resulte relevante ya que el alcoholismo ampliaría considerablemente el riesgo de suicidio, además se ha sugerido que la conducta impulsiva podría ser uno de los factores claves que articule la relación entre el alcoholismo y las conductas suicidas.

Por estos motivos el objetivo general de la presente investigación es conocer la relación entre las conductas suicidas y la impulsividad en pacientes alcohólicos. Como objetivos específicos se busca describir las características del consumo y además, describir las variables socio demográficas de aquellos que reportan conductas suicidas.

Método

Participantes

La población estuvo conformada por 50 varones entre los 20 y 67 años de edad que cumplían con los criterios del CIE-10 (OMS, 1992) para dependencia alcohólica y que formaban parte del programa de rehabilitación en adicciones de diversos centros privados y estatales de Lima. Solo se consideró a aquellos pacientes con al menos 4 semanas de incorporación al tratamiento, con el fin de reducir la probabilidad de interferencia de síntomas de abstinencia e intoxicación. Con la ayuda de psicólogos y psiquiatras se realizó la exclusión de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, psicosis y retardo mental, de la misma forma se indagó por la presencia de co-morbilidad con otros trastornos pertenecientes al eje 1 y 2, sin embargo las instituciones no contaban con este tipo de diagnóstico asociado, ya que el tratamiento estaba enfocado en la adicción.

Los criterios de inclusión referentes a la edad y género se determinaron en función a estudios que dan cuenta de que en nuestro país el consumo de alcohol es significativamente mayor en hombres entre los 20 y 50 años (CEDRO, 2008; OPD, 2009), sin embargo se decidió ampliar el rango de edad por la dificultad de conseguir participantes con las características mencionadas.

De esta forma, se contó con la participación de 50 pacientes varones con un promedio de edad de 44 años ($DE=12.32$). El 78% ($n=39$) residía en Lima, 16% ($n=8$) era de provincia y 6% ($n=3$) extranjeros (con perfecto dominio del idioma español y larga estadía en Perú). En relación al estado civil, el 40% ($n=20$) se encontraba soltero, 26% ($n=13$) casado, 16% ($n=8$) en situación de conviviente y el resto divorciados, separados y viudo.

Con respecto al grado de instrucción, el 44% ($n=22$) realizó estudios superiores, el 20% ($n=10$) recibió educación técnica, 20% ($n=10$) estudios secundarios, 12% ($n=6$) no completó secundaria y solo el 4% ($n=2$) no terminó educación primaria.

Todos los participantes fueron informados sobre los alcances del estudio y accedieron voluntariamente firmando el consentimiento informado (Ver Anexo A).

Medición

La obtención de datos demográficos se realizó mediante una ficha de datos generales que a su vez recogía información vinculada al internamiento y antecedentes familiares de problemas por consumo de sustancias y/o conductas suicidas (Ver Anexo B).

La evaluación de la impulsividad se hizo a partir del instrumento DII (Dickman's Impulsivity Inventory) desarrollado por Dickman (1990) en Estados Unidos. Está conformado por 23 ítems binarios en formato verdadero/falso, de los cuales 11 evalúan impulsividad funcional (IF) y consisten en ítems como "Me gustaría trabajar en algo que requiera tomar decisiones rápidas" o "La gente me admira porque soy capaz de pensar con rapidez". Los otros 12 ítems miden impulsividad disfuncional (ID) a través de ítems como "Con frecuencia me busco problemas porque no pienso antes de actuar". La población que Dickman utilizó estuvo conformada por 477 universitarios estadounidenses (209 hombres y 268 mujeres); el presente estudio utilizó la adaptación española con la autorización del autor, Pedrero (2009) (Ver anexo C). Así mismo, se comprobó la pertinencia del inventario a nuestro medio a través de una prueba piloto con personas sin un directo conocimiento de psicología y de nivel educativo bajo, para observar la claridad y comprensión de los ítems.

El autor realizó la validez de constructo mediante un análisis factorial utilizando el método de ejes principales, tomando como criterio de extracción aquellos factores con un auto valor igual o mayor a 1, este análisis proporcionó 7 factores. Posteriormente la matriz factorial fue sometida a una rotación oblicua oblmin, ante lo cual emergieron los 2 factores de impulsividad hipotetizados, los cuales explicaban en mayor proporción la varianza (38%). Los 11 ítems que saturaron por encima de 0.30 en el factor 1 fueron creados para medir IF, por lo cual formaron una escala con el mismo nombre. De la misma forma, los 12 ítems que saturaron por encima de 0.30 en el factor 2, fueron creados para medir la ID y formaron dicha escala.

En la presente investigación se comprobó la pertinencia del uso de análisis factorial a través del test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de Bartlett, los cuales tuvieron valores adecuados ($KMO= 0.523, p=0.000$). (Ver Anexo D)

En el análisis factorial exploratorio, según el método de Cattell, se observó que en el gráfico de sedimentación los 4 primeros factores presentaban una mayor carga factorial en la prueba. Para confirmar estos datos, se realizó un análisis factorial con rotación oblimin a 4 factores, los cuales explicaron el 36% de la varianza. Sin embargo, el comportamiento de los ítems no fue claro, por lo cual se decidió realizar la rotación oblimin a 2 factores y realizar el análisis factorial mediante el método de ejes principales siguiendo la metodología propuesta por Dickman (1990) y los autores que realizaron las adaptaciones al español (Chico et al. 2003; Pedrero, 2009) con la finalidad de observar si los ítems se acomodaban en las escalas a las que fueron asignados originalmente (Anexo E), ambos factores explicaban el 24% de la varianza.

De esta forma, en la escala ID todos los ítems presentaron saturaciones superiores a 0.30 a excepción del ítem 4 y 23; en la escala IF los ítems con saturaciones por debajo a 0.30 fueron los ítems 2, 8, 16, 19 y 20 (Anexo E). El comportamiento de los ítems 4, 8 y 23 también fue criticado en otros estudios (Claes, Vertommen & Braspenning, 2000; Chico, Tous, Lorenzo-Seva & Vigil, 2003; Pedrero, 2009) por lo cual serán tema de discusión.

Dickman afirmó que las propiedades psicométricas de las 2 escalas eran adecuadas, la consistencia interna según el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.83 en el caso de la escala de IF y de 0.86 en el caso de la escala ID. Además Dickman señaló que los factores 1 y 2 correlacionaban 0.7 y que la correlación de las 2 escalas derivadas de estos factores fue de 0.22, $p < 0.05$; además ningún ítem presentaba saturaciones superiores a 0.3 en ambos factores. Estas bajas correlaciones fueron tomadas por Dickman como evidencia de que ambos constructos debían ser estudiados independientemente.

En el presente estudio, el análisis psicométrico de las escalas se realizó agrupando los ítems en las escalas propuestas por Dickman (1990). Se utilizó el Alpha de Cronbach para evaluar la consistencia interna de las escalas, obteniéndose un alfa de 0.78 para la escala ID. Con respecto a las correlaciones ítem-test, el único ítem con una saturación por debajo de 0.2 fue el ítem 23, el cual además presenta una correlación inversa (-0.04) con el resto de ítems en la escala. Por otro lado, se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.50 para la escala IF, los ítems 2 (0.04) y 19 (0.73) presentaban saturaciones inferiores a 0.2 y su exclusión podría mejorar ligeramente la consistencia interna de la escala, sin embargo se

decidió mantenerlos para conservar la estructura original de la escala. La correlación de ambas escalas fue de 0.08, $p > 0.05$, por lo cual se trata de constructos independientes.

Las propiedades psicométricas del inventario de Dickman también fueron evaluadas por Claes, Vertommen & Braspenning (2000), utilizando un muestro por cuotas con la finalidad de obtener una muestra representativa de la población holandesa, la cual estuvo conformada por 315 adultos. Estos autores analizaron la matriz correlacional de los 23 ítems originales en su traducción holandesa mediante el método de componentes principales. Como criterio de extracción utilizaron un auto valor igual o mayor a 1. Posteriormente realizaron una rotación oblicua de tipo oblmin a la matriz factorial. Los dos primeros factores explicaban el 37% de la varianza total y representaban los componentes de impulsividad encontrados por Dickman (1990). De los 11 ítems originales creados para medir IF, 10 saturaron por encima de 0.35 en el factor 1; de los 12 ítems creados para medir ID, 10 saturaron por encima de 0.35 en el factor 2. A excepción de 3 ítems (4, 8, 23) la solución factorial oblicua mostró un patrón similar al encontrado por Dickman. Respecto a la confiabilidad de esta adaptación, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.76 para la escala de IF, mientras que para la escala ID se obtuvo 0.84 (en la muestra de Dickman, estos valores fueron de 0.83 y 0.86 respectivamente).

Los autores concluyen que a excepción de los ítems 4, 8 y 23, los reactivos pertenecen a las mismas sub escalas en ambas versiones (estadounidense vs holandesa), lo cual toman como evidencia para sostener que la estructura factorial del DII es consistente a través de distintas muestras.

Los ítems 4 y 23 también resultaron ambivalentes en otros estudios. Chico, Tous, Lorenzo-Seva & Vigil (2003) realizaron un estudio en España con una muestra de 355 estudiantes universitarios para determinar si la estructura factorial del cuestionario de Dickman era estable a través de diferentes poblaciones e idiomas, con el objetivo de crear una adaptación española. Para este fin, los autores realizaron un análisis Consensus Direct Oblimin para contrastar la estructura factorial obtenida a partir de la muestra española con los resultados obtenidos en el estudio holandés (Claes, Vertommen & Braspenning, 2000) y en el estudio estadounidense original (Dickman, 1990). La solución factorial obtenida da cuenta de que la estructura factorial propuesta por Dickman (1990) es bastante estable a

través de diferentes poblaciones e idiomas, sin embargo los ítems 4 y 23 presentaron algunos problemas ya que presentaron saturaciones diferentes en los 3 estudios, de esta forma no quedó muy claro a que escalas pertenecían estos ítems.

Un estudio español más reciente realizado por Pedrero (2009) utilizó una nueva versión traducida al español, ya que si bien se cuenta con una adaptación española validada por Chico et al. (2003), dicha versión no resistió la doble traducción realizada por expertos con amplio dominio del idioma inglés, por lo cual se obtuvo una nueva versión procurando que los ítems se mostraran más fieles a su formulación original y que sean más comprensibles para los pacientes.

El estudio realizado por Pedrero (2009) en población clínica (adictos) y no clínica, encontró adecuada consistencia interna, validez de constructo y convergencia de medidas con instrumentos relacionados. El autor hizo un análisis factorial confirmatorio para determinar el ajuste de los datos al modelo teórico, posteriormente exploró la consistencia interna de las escalas obtenidas y de los ítems que las conforman. Para este fin, se utilizó el procedimiento de máxima verosimilitud bajo el supuesto de una distribución normal. Adicionalmente se utilizó el índice de ajuste comparado (CFI), el índice de ajuste incremental (IFI) y el Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA). Los indicadores IFI y CFI, son considerados adecuados cuando superan a 0.90 y mientras más cercanos se encuentren a 1, este estudio reporta un valor de 0.96 para ambos índices. Para el RMSEA, los valores comprendidos entre 0.05 y 0.08 indican un ajuste aceptable, en el estudio se obtuvo un valor de 0.06.

Respecto a la confiabilidad de esta adaptación, la consistencia interna se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente de 0.74 para la escala IF y de 0.86 para la escala ID. De esta forma Pedrero (2009) concluye que la estructura de 2 dimensiones propuesta por Dickman (1990), muestra un adecuado ajuste con los datos obtenidos en el estudio tanto en población no clínica como en adictos a sustancias psicoactivas.

De esta forma, el estudio de las propiedades psicométricas del inventario de Dickman (1990) confirma la adecuación del instrumento a la estructura teórica de base, la

cual ha sido corroborada en distintas poblaciones e idiomas (Dickman, 1990; Claes et al. 2000; Chico et al. 2003 y Pedrero, 2009).

Para la medición de las conductas suicidas, se utilizó la escala de ideación de Beck, “Beck Scale For Suicide Ideation” (BSS; Beck, Steer, & Ranieri, 1988). Esta escala evalúa la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada ítem cuenta con 3 alternativas de respuesta que dan cuenta en grado creciente de la seriedad de la intencionalidad suicida. Respecto a la calificación, cada ítem es puntuado de 0-2, la puntuación global de la escala se obtiene mediante la suma de valores asignados a los 19 primeros ítems (con un rango de puntuación entre 0 y 38), ya que los ítems 20 y 21 (los cuales hacen referencia a intentos previos de suicidio) solo tienen un valor descriptivo.

Las propiedades psicométricas de la escala BSS, fueron puestas a prueba en pacientes hospitalizados (n=50) y en pacientes ambulatorios (n=55), obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.90 y 0.87 respectivamente. Además se encontró una confiabilidad test-retest de 0.54, indicando moderada estabilidad temporal.

Para determinar la validez factorial de la escala BSS, los autores realizaron el método de componentes principales junto una rotación varimax a las respuestas dadas por una muestra de 126 pacientes hospitalizados. De esta forma se obtuvieron 5 factores con un auto-valor superior a 1.0. , estos factores explicaban el 64% de la varianza total. El patrón encontrado en estos 5 factores, apoya la generalización de los 3 factores reportados inicialmente por Beck (1979), ya que 3 de los 5 factores corresponden con las dimensiones inicialmente propuestas inicialmente. Los 2 factores restantes hacen referencia a la intensidad de la ideación suicida en general (4 ítems) y al ocultamiento de la intencionalidad suicida (2 ítems).

Un estudio realizado en Noruega (Chioqueta y Stiles, 2006) en 314 estudiantes universitarios analizó la versión auto-administrada de la Escala de Ideación Suicida, encontrando un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.81 lo cual es indicador de una buena consistencia interna. Además se halló una confiabilidad test-retest de 0.74, que indica un nivel aceptable de estabilidad temporal.

En el presente estudio se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck en su versión auto-administrada (BSS; Beck, Steer & Ranieri, 1988), en su traducción al español

propuesta por el Beck Institute. No se pudo realizar el análisis de las propiedades psicométricas de la prueba dado que no se encontró ideación suicida en la muestra, tema que se abordara en la discusión.

Procedimiento

Dada la escasez de pacientes con diagnóstico primario de alcoholismo por institución, la aplicación tuvo que ser realizada en 2 hospitales y 7 comunidades terapéuticas. En todos los casos la aplicación fue de forma individual con el fin de respetar la confidencialidad del paciente, todas las autoridades pertinentes fueron informadas sobre los fines de la investigación, y aceptaron voluntariamente la realización del estudio.

El proceso consistió inicialmente en la presentación del investigador al participante y la explicación de los objetivos del estudio. Posteriormente, se procedió a repartir el cuadernillo que incluía el consentimiento informado, la ficha de datos generales, el Inventario de Impulsividad de Dickman y la Escala de Ideación Suicida de Beck, los cuales fueron aplicados a 50 pacientes diagnosticados con dependencia alcohólica. Al finalizar la aplicación se agradeció a los participantes por formar parte de la investigación.

El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 15. Se ejecutaron estadísticas descriptivas para especificar las características de los participantes que componen la muestra (edad, estado civil, grado de instrucción, entre otros), así como las características de consumo. En cuanto a la distribución de los datos, se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk dado el tamaño de la muestra, y fue posible asumir normalidad tanto en la escala de impulsividad disfuncional como en la de impulsividad funcional ($p > .05$) motivo por el cual se optó por estadísticos paramétricos (Ver anexo F). Posteriormente se realizó la prueba T-student, para comparación de medias en muestras independientes y finalmente correlaciones entre el DII y la variable antecedente de intento de suicidio perteneciente a la Escala de Ideación Suicida de Beck, mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). Adicionalmente se realizó la descripción de las conductas suicidas según variables socio demográficas.



Resultados

En el presente capítulo se desarrollan los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos. En primer lugar, se presentan los análisis descriptivos del total de la muestra y del grupo de pacientes con antecedente de intento de suicidio. Luego se reportan los análisis de comparación T-student y correlación de Pearson (r), realizados solo con los participantes no medicados ($n=25$) ya que el grupo de pacientes medicados tenía una mayor probabilidad de contar con trastornos asociados, lo cual afectaría la fiabilidad de los resultados.

Debido a que no se hallaron diferencias significativas relacionadas al consumo entre pacientes medicados y no medicados, los siguientes descriptivos se realizaron con el total de la muestra. En cuanto a drogas de consumo, el total de participantes ($n=50$) consume principalmente alcohol. El 58% solo consume alcohol mientras que el 18% también usa cocaína. Del mismo modo, el 8% reporta policonsumo de alcohol, marihuana y PBC; 4% alcohol, PBC y cocaína y 4% alcohol, marihuana y cocaína. Además, se encontraron casos aislados de frecuencia única, de policonsumo de alcohol y benzodiazepinas (2%), alcohol y PBC (2%), alcohol y dietilamida de ácido lisérgico (2%) y alcohol, marihuana, cocaína, PBC, LSD y anfetaminas (2%).

La media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 16 años ($DE=5.51$) mientras que la media de edad de inicio de problemas en la vida a causa del consumo fue de 31 años ($DE=12.82$). La media global de consumo a lo largo de la vida fue de 28 años ($DE=12.61$).

Antes de internarse, el 40% ($n=20$) de los participantes vivía con su familia nuclear, 34% ($n=17$) con su familia de origen, y 26% ($n=13$) solo.

El promedio de tiempo de internamiento fue de 4 meses. El 64% ($n=32$) se encontraba en su primer ingreso, 14% ($n=7$) en su segundo, 8% ($n=4$) en su tercero, 4% ($n=2$) en su cuarto y 4% ($n=2$) en su quinto, también se hallaron casos de frecuencia única de pacientes en su séptimo, decimocuarto y decimoquinto internamiento ($n=3$).

En relación a la motivación que llevó a los pacientes a internarse se encontró que las más relevantes y frecuentes son la toma de conciencia de situación actual, la motivación

familiar, el estado de salud, y la pérdida de control sobre el consumo, solo 4 pacientes entraron a tratamiento de forma involuntaria.

Con respecto al deterioro de las relaciones familiares y sociales, el 90% (n=45) reporta problemas familiares frecuentes a causa de su adicción, 84% (n= 42) da cuenta de problemas con sus parejas sentimentales, además el 64% (n=32) tiene por lo menos un familiar con problemas de consumo de sustancias, siendo los más frecuentes los padres, hermanos y tíos. Por otro lado, 38% (n=19) tiene familiares o amistades significativas que fallecieron durante el último año y el 22% (n=11) tiene parientes que se suicidaron.

En cuanto a acciones peligrosas relacionadas al consumo, el 70% (n=35) se ha involucrado en discusiones y/o peleas con desconocidos a causa del consumo; el 48% (n=24) ha manejado en estado de ebriedad de forma frecuente y, 30% (n=15) reporta haberse desmayado al menos una vez mientras ingería bebidas alcohólicas. Por otro lado, el 56% (n=28) manifiesta nunca haber tenido problemas con la ley, 18% (n=9) rara vez, 18% (n=9) algunas veces, 4% (n=2) a menudo y 4% (n=2) frecuentemente. Además el 42% (n=21) se considera una persona agresiva.

Como se mencionó previamente el 50% (n=25) de la muestra se encontraba bajo medicación, 18% (n=9) por insomnio, 14% (n=7) por ansiedad, 6% (n=3) para nivelar el estado de ánimo, 6% (n=3) por ansiedad e insomnio y 6% (n=3) para nivelar el estado de ánimo e insomnio.

También se indagó sobre el padecimiento de enfermedades, ya que se asocian con el consumo excesivo de alcohol, sin embargo solo el 22 % (n=11) padecía de enfermedades o condiciones de salud, dentro de las cuales destaca el hígado graso, la hipertensión, gastritis y diabetes.

Por otro lado, los descriptivos que se presentan a continuación son únicamente de los pacientes que reportaron conductas suicidas, dicho grupo estuvo conformado por 16 participantes con media de edad de 41 años (DE= 12.17).

Con respecto al consumo, 8 solo ingieren bebidas alcohólicas, mientras que la otra mitad reporta ser policonsumidor de marihuana, PBC, y cocaína. La media de edad de inicio de consumo se situó en los 14 años de edad (DE=2.04), mientras que la media de edad de inicio de problemas fue de 26 años (DE=9.34).

La mayoría de los pacientes se encuentra soltero, separado, divorciado o viudo, en cuanto al ambiente familiar, 13 tienen hijos, 9 tienen familiares con problemas de consumo de sustancias y 7 familiares que se suicidaron.

Antes de internarse, 6 vivían con su familiar nuclear, 5 con su familia de origen y 5 solo. En este grupo se encontró que las principales motivaciones para ingresar a tratamiento fueron el estado de salud, la motivación familiar, y la toma de conciencia de situación actual. La mayoría de estos pacientes se encuentra en su primer internamiento, a excepción de dos pacientes que se encontraban en su décimo cuarto y décimo quinto internamiento.

Por otro lado, de los 16 pacientes con antecedente de intento de suicidio, 8 se encontraban recibiendo medicación, siendo la razón más frecuente el insomnio, seguido de ansiedad, solo dos pacientes tomaban medicamentos para nivelar su estado de ánimo. Además 5 padecían de enfermedades, en concreto, de gastritis, hígado graso, y cálculos.

Respecto a las modalidades de autoeliminación, 4 ingirieron pastillas, 3 trataron de ahorcarse, 3 recurrieron al desbarrancamiento, 2 se autoinfligieron heridas cortantes a nivel de muñecas, 2 trataron de envenenarse, 1 trató de autoeliminarse con arma de fuego y 1 mediante heridas cortantes a nivel de abdomen.

En relación a características de personalidad, 11 se consideraban agresivos, además todos los pacientes con antecedente de intento de suicidio, tuvieron tendencia a ID.

Por otro lado, con la finalidad de comparar las medias de impulsividad en los grupos con y sin antecedente de suicidio, se realizó la prueba de comparación T –student en el grupo de los participantes no medicados.

Tabla 1

Impulsividad disfuncional e impulsividad funcional según antecedente de intento de suicidio en pacientes no medicados

	Antecedente de intento de		n	M	D.E.	T-student	p
	suicidio						
Impulsividad Disfuncional	No	Sí	17	5.29	2.41	-3.25	.00*
Impulsividad Funcional	No	Sí	17	5.82	1.87		
			8	6.25	1.66	-.54	.58

*Nota $p < 0.05$, $n = 25$

En la tabla 1 se muestra los puntajes medios obtenidos en las escalas de ID e IF, agrupados según pacientes que intentaron suicidarse y pacientes que nunca lo intentaron. Se aprecia que en la escala disfuncional aquellos con antecedente de intento de suicidio puntuaron por encima de los que no tienen este antecedente. Sin embargo, en la escala de impulsividad funcional no se aprecia diferencias significativas entre ambos grupos.

Para conocer la relación entre las escalas de impulsividad y la variable antecedente de intento de suicidio, se realizó la prueba de correlación de Pearson (r), en el grupo de participantes no medicados.

Tabla 2

Correlación entre antecedente de intento de suicidio e impulsividad funcional y disfuncional en pacientes no medicados

	Antecedente de intento de suicidio	p
Impulsividad Funcional	.11	.58
Impulsividad Disfuncional	.56*	.00

*Nota $p < 0.05$, $n = 25$

En la tabla 2 se muestra una correlación moderada y significativa entre antecedente de intento de suicidio e ID ($r = .56$), lo que sugeriría que el rasgo de ID está significativamente más relacionado con la variable antecedente de intento de suicidio que el rasgo IF.

Por otro lado, se halló que en la muestra de pacientes medicados, el tener antecedentes de intento de suicidio correlacionaba con ID ($r = .49$), con tener familiares que se suicidaron ($r = .52$) y con considerarse agresivo ($r = .44$). A su vez, ID correlaciona con tener familiares que se suicidaron ($r = .44$) y con considerarse agresivo ($r = .52$). De estas correlaciones la única presente en el grupo de pacientes no medicados fue entre ID y antecedente de suicidio ($r = .56$).

Discusión

En relación a las características de consumo, se evidencia que todos los pacientes evaluados tienen como droga principal de uso a las bebidas alcohólicas, sin embargo el policonsumo también fue bastante frecuente en esta población, en particular de sustancias como la marihuana, cocaína y pasta básica, dato que corrobora los hallazgos de CEDRO (2005), que reporta que el policonsumo de estas sustancias fue el más frecuente en la población urbano peruana entre los 12 y 64 años de edad durante el año 2005. Al respecto, en el presente estudio se halló que el 50% (n=8) de participantes con antecedentes de intento de suicidio eran policonsumidores, dato que es respaldado por la bibliografía actual que da cuenta de que el policonsumo podría tener impacto sobre el suicidio, ya que se ha sugerido que al aumentar el número de sustancias utilizadas, la probabilidad de atentar contra la vida aumenta proporcionalmente (Borges et al., 2000; Reyes et al., 2011).

En cuanto al promedio de edad de inicio de consumo, este se situó en los 16 años, edad que ha sido habitualmente identificada como la de la primera ingesta de bebidas alcohólicas en nuestro medio tanto por CEDRO (2008) como por DEVIDA (2009) quienes reportan que la edad de inicio de consumo de alcohol se da entre los 15 y 19 años de edad. Según la OPS (2007), se cree que en los países de las Américas los jóvenes están comenzando a beber a edades cada vez más tempranas, el consumo precoz ha sido asociado con daño fisiológico al cerebro, un mayor riesgo a desarrollar dependencia al alcohol en edades posteriores, y otras consecuencias agudas del consumo como el comportamiento sexual de riesgo, vandalismo, violencia y lesiones no intencionales asociadas al consumo.

Con respecto al número de internamientos, si bien la mayoría de pacientes se encontraba en su primero, 18 de los participantes habían recibido tratamiento residencial por adicciones como mínimo una vez durante los últimos 5 años, incluso algunos reportaron haber sido internados hasta en más de diez oportunidades en este lapso de tiempo. Las recaídas son un fenómeno que ocurre como resultado de la combinación de varios factores, como la severidad del alcoholismo, las características del paciente y falta de auto-eficacia, entre otros (Bottlender y Soyka, 2004). Un estudio realizado por Evren et al. (2010) en alcohólicos dio cuenta que el principal predictor de una recaída en meses

posteriores es el “*Craving*” hacia el final del tratamiento, es por esto que aquellos pacientes con un gran anhelo de consumo podrían ser tratados con un enfoque preventivo.

El modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985) es considerado uno de los más influyentes. Reconoce que existen disparadores de consumo de tipo intrapersonal (emociones negativas, emociones positivas, *craving*) e interpersonal (conflictos interpersonales, exposición a situaciones sociales donde hay expectativa de consumo, eventos estresantes). Estos autores dan cuenta de la importancia de que el paciente pueda emitir respuestas de afrontamiento adecuadas al enfrentarse con los disparadores de consumo mencionados, con la finalidad de progresivamente ir ganando la sensación de control sobre el consumo, además de una mayor autoeficacia. Otros factores que han demostrado ser importantes en la prevención de recaídas son, el desarrollo de la conciencia y responsabilidad sobre uno mismo, el interiorizar las consecuencias negativas con respecto a reanudar el consumo, y el soporte por parte de una red social funcional (Zernig, et al. 2000). En ese sentido, pensamos que la inclusión de un enfoque preventivo resulta sumamente relevante en una población de pacientes alcohólicos si se toma en cuenta que es una sustancia legal y de tipo social, por lo cual es altamente probable que los pacientes estén expuestos a situaciones de consumo una vez dados de alta, como lo evidencian aquellos participantes con un gran número de ingresos a tratamiento, 14 y 15 veces en los casos más críticos.

En relación al espectro de conductas suicidas, en la muestra no se encontró presencia de ideación suicida, lo cual si bien resulta llamativo, no es del todo inesperado ya que daría cuenta de la motivación que tienen los pacientes por rehabilitarse. Según el modelo transteórico de cambio conductual propuesto por Prochaska y Diclemente (1984), las personas que ingresan a tratamiento con la finalidad de rehabilitarse se encuentran en la fase denominada “acción”, etapa en la cual, según estos autores, la persona tiene más voluntad para salir adelante y mayor optimismo y auto-eficacia en relación a su recuperación. A excepción de 4 participantes que ingresaron a tratamiento de forma involuntaria, todos dieron cuenta de las motivaciones que los llevaron a internarse. A partir del reporte de los participantes se elaboraron 4 categorías, siendo la más frecuente la “toma de conciencia de situación actual”, dicha categoría agrupa todas las respuestas que hacen

referencia a la intención de cambio hacia una vida saludable que nace por iniciativa propia del paciente. La segunda motivación más frecuente fue “la familia”, lo cual pone de relieve el rol que tendría el ambiente familiar en la búsqueda de ayuda profesional y rehabilitación, esta categoría indica el querer ingresar a tratamiento principalmente para recuperarse y llevar una convivencia saludable con hijos, esposas y padres, o también, el ingresar a tratamiento por la motivación fomentada por miembros de la familia, o incluso por el hecho de haberse vuelto una “carga” para estos. Otra categoría fue el “estado de salud”, que indica un deterioro marcado en el estado de salud que ha sido percibido por el paciente y lo motiva a buscar ayuda profesional. Finalmente, la cuarta motivación fue la “pérdida de control sobre el consumo”, que indica el dominio del consumo sobre la persona y el hecho de querer internarse para retomar el control o simplemente para no tener acceso a sustancias.

Sin embargo, a pesar de las motivaciones mencionadas, no se puede dejar de lado la posibilidad de que los pacientes negaran tener pensamientos suicidas por un tema de deseabilidad social, ya que la aplicación se realizó de forma individual. Además la escala solo considera la prevalencia de estos pensamientos durante la semana previa a la aplicación, por este motivo, una sugerencia sería solicitar a los participantes responder en función a sus pensamientos antes que decidieran ingresar a tratamiento, a modo de contrarrestar la influencia de éste, así hubiera sido posible obtener datos sobre la prevalencia de vida de ideación suicida y no solo datos referentes a la última semana.

Por otro lado, la investigación dio cuenta que la mayoría de los pacientes tiene por lo menos un familiar con problemas de consumo de sustancias, siendo los más frecuentes padres, hermanos y tíos. Esto representa un gran problema para su recuperación, dado que se ha propuesto que para pasar del estadio de acción a la fase de mantenimiento es vital el apoyo familiar y una red de soporte que no consuma (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Otro dato vinculado al entorno familiar es que de los 11 pacientes que tienen familiares que se suicidaron, 7 son pacientes que han intentado auto-eliminarse. En relación a lo mencionado, Santos y Pillon (2008) sostienen que las familias con uno o más miembros con trastornos de uso de drogas, muestran con frecuencia una herencia generacional para la transmisión en el abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos.

En lo concerniente al padecimiento de enfermedades, resalta que los participantes (con una media de uso de alcohol de 28 años) expresaran que el consumo de alcohol no generara consecuencias importantes en su salud, a pesar de que la literatura científica actual es contundente al respecto (WHO, 2011). Es así que solo se hallaron condiciones de salud como hígado graso, hipertensión, gastritis y diabetes. Una posible explicación para esta aparente incongruencia es la confiabilidad del reporte del paciente, ya que esta información fue constatada directamente por los mismos en la ficha de datos generales. No se podría dejar de lado la posibilidad de que en el caso de algunos participantes el desmesurado consumo originase un deterioro tal que los pacientes perdiesen noción sobre su estado de salud real o simplemente negasen la repercusión que ha tenido el consumo sobre su salud, por lo cual no lo reportan.

Por otro lado, se evidenció que casi la totalidad de los pacientes tiene problemas familiares frecuentes, lo cual es acompañado de altos niveles de conflicto interpersonal, irresponsabilidad parental y dificultades financieras a causa del consumo. En lo que se refiere a acciones peligrosas, más de la mitad de los pacientes se ha visto involucrado en peleas con desconocidos lo que pone de relieve el rol que tendría el consumo de alcohol sobre la violencia. Como se sabe, su uso afecta directamente las funciones cognitivas y físicas, puede reducir el autocontrol y la capacidad de evaluar riesgos, además de incrementar la susceptibilidad e impulsividad emocional (OPS, 2007). A esto se le suma el reporte de crisis de agresividad frecuentes a causa del consumo, expresadas en gran medida con una conducta violenta hacia los demás tanto a nivel físico como verbal.

Casi la mitad de los participantes reportó manejar en severo estado de ebriedad lo cual es preocupante; ya es conocido que el uso de alcohol aumenta el riesgo de padecer un accidente automovilístico, tanto en conductores como en peatones, dado que afecta la capacidad de discernimiento, tiempo de reacción, visión, y coordinación motora. Se estima que entre el 20% y 50% de las fatalidades en accidentes vehiculares están relacionadas con el uso de alcohol (OPS, 2007). Además, cerca al 30% ha perdido la conciencia mientras consumía alcohol, poniendo en riesgo la vida al exponerse a diversas formas de crimen, casi la mitad manifiesta haber tenido problemas con la ley por diversos motivos como,

manejar en estado de ebriedad, participar en peleas, involucramiento en acciones ilícitas, entre otros. Estos datos dan cuenta del rol que puede tener el uso prolongado de esta sustancia en diversos problemas sociales, como realizar acciones peligrosas o recurrir a la violencia, por todas estas razones el consumo excesivo de alcohol constituye un problema de salud pública y un tema que merece atención por parte de las autoridades.

En lo que respecta al inventario de Dickman (1990), el ítem 23 *“Rara vez me implico en proyectos sin considerar primero los posibles problemas que me voy a encontrar”* ya ha sido criticado por Claes, Vertommen & Braspenning (2000) los cuales argumentan que este ítem hace referencia a la necesidad de pensar antes de actuar, lo cual se asemeja bastante al contenido del ítem 22, *“Antes de tomar una decisión valoro cuidadosamente los pros y los contras”*, ambos ítems pertenecen a escala de impulsividad disfuncional motivo por el cual la presencia del ítem 23 en la escala resultaría redundante. Por este motivo, consideramos que en un futuro el inventario podría ser sometido a análisis de validez y confiabilidad en muestras más grandes en nuestro medio.

En lo que respecta a la escala IF, su consistencia interna solo fue moderada, lo cual podría indicar que en el cuestionario de Dickman la IF hace referencia a un fenómeno más heterogéneo que la ID (Claes et. al. 2000). En particular, se tuvo complicaciones con los ítems 2 y 19. El ítem 2, *“Trato de evitar las actividades en las que debes actuar sin tomar mucho tiempo para pensar”*, habría resultado poco claro, posiblemente por estar redactado en sentido inverso, esto explicaría su comportamiento ambivalente en la investigación. Por otro lado, el ítem 19, *“La mayor parte de las veces soy capaz de transmitir mis pensamientos con palabras rápidamente”*, se mostró poco discriminativo, ya que casi la totalidad de participantes (a excepción de 6), lo respondió de forma afirmativa. Es posible que este resultado se deba a un sesgo de confirmación por parte de los participantes con la finalidad de realzar sus cualidades positivas por un tema de deseabilidad social, o simplemente una preferencia por la retroalimentación positiva.

En lo que respecta al suicidio, se encontró una prevalencia de antecedente de intento de suicidio alta lo cual da cuenta del impacto que tendría el consumo de alcohol sobre este tema. En el presente estudio la modalidad de autoeliminación más utilizada fue la ingesta de benzodiazepinas (n=4), lo cual resulta interesante ya que esta modalidad también fue

identificada como la más prevalente en el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (2002) en una muestra de 301 personas. Según CEDRO (2008), a nivel nacional los psicofármacos más consumidos son los ansiolíticos o tranquilizantes, dentro de los cuales destacan las benzodiacepinas, los analgésicos, anfetaminas, e incluso jarabes para la tos. En nuestro país existen leyes que regulan la venta de medicamentos (Ley N 26842, artículo 35) sin embargo, como sabemos, es muy sencillo obtener psicofármacos potencialmente dañinos sin contar con una prescripción médica por lo cual creemos que este es un tema que requiere una mayor atención por parte de las autoridades pertinentes.

Además, es interesante el hecho que la mayoría de modalidades de autoeliminación encontradas requieran escasa planeación, como lo es el caso del ahorcamiento (n=3), desbarrancamiento (n=3) y uso de armas de fuego (n=1), de esta forma, es posible que el consumo de drogas, en particular el alcohol, potencie la impulsividad existente en el individuo o actúe como un medio de desinhibición en un momento crítico ya sea como un mediador que reduce el tiempo entre las ideas y la acción de quitarse la vida (OPS, 2007) o como un mediador con otros aspectos relacionados con la impulsividad, como el razonamiento y la capacidad de planeación (Pompili, et al., 2010), ya que todos los intentos fueron realizados en estado de ebriedad y de forma repentina, lo cual pone de relieve el gran riesgo y vulnerabilidad en la que se han encontrado estos pacientes. De esta forma, controlar el acceso a bebidas alcohólicas, puede resultar un factor de protección en aquellos considerados en riesgo, sobre todo si cuentan con antecedentes de comportamiento impulsivo.

Finalmente, al examinar los resultados se puede encontrar que aquellos pacientes que intentaron suicidarse tienen un puntaje significativamente mayor en la escala ID, lo cual corrobora la hipótesis principal de la investigación, y se refuerza si se toma en cuenta que la teoría de Dickman (1990) propone que la impulsividad de tipo disfuncional se caracteriza por rasgos como la ausencia de premeditación, dificultad para focalizar la atención durante la toma de decisiones, la falta de reflexión y el actuar errático y contraproducente.

Por este motivo resulta interesante que el 100% (n=16) de los pacientes que intentó suicidarse tenga tendencia hacia este tipo de impulsividad, motivo por el cual también se

obtuvo una correlación significativa y moderada entre esta escala y la variable antecedente de intento de suicidio. Estos hallazgos corroborarían la naturaleza patológica de esta escala, propuesta por diversos autores (Dickman, 1990; Dear, 2000; Chico, 2000; Pedrero, 2009) y toma mayor sustento si se toma en cuenta que también se encontró correlaciones significativas de esta escala con considerarse agresivo, tener familiares que se suicidaron y tener problemas con la ley.

De esta forma, 11 de los pacientes que intentaron suicidarse se considera agresivo, lo que resulta relevante ya que diversos modelos de conducta suicida en alcohólicos reconocen el rasgo de agresividad a la par de la impulsividad, como uno de los factores predisponentes para el suicidio más importantes (Conner y Duberstein, 2004; Oquendo, 2004, Lamis & Malone, 2012). Así, en esta investigación la agresividad resultó una característica asociada a las conductas suicidas.

En cuanto al constructo de IF, no se encontraron diferencias significativas entre grupos. La IF, se vincula con un estilo de procesamiento de información rápido y efectivo, además de características como la creatividad y búsqueda de novedad, características que según el presente estudio se distribuirían de forma similar entre los pacientes que no intentaron suicidarse y aquellos que sí. Sin embargo la utilidad de esta escala radica en que puede usarse para el desarrollo de habilidades específicas a partir de talleres ocupacionales tomando en cuenta características tales como la capacidad de reflexión y planeación o la facilidad y efectividad en la toma de decisiones, para de esta forma ofrecer una orientación más apropiada para el paciente.

En la presente investigación, el inventario de impulsividad de Dickman (1990) probó ser un instrumento útil para medir los constructos propuestos por su autor, además de ser aplicable a poblaciones clínicas como adictos en tratamiento. Como se mencionó previamente, no se encontraron diferencias significativas en la IF entre los grupos de pacientes con y sin antecedente de suicidio, pero sí marcadas diferencias en la ID, la cual aparece como un rasgo de naturaleza patológica prevalente en todos aquellos pacientes que intentaron suicidarse.

Como propone Pedrero et al. (2012), el tratamiento debe centrarse en reducir en el menor tiempo posible los comportamientos disfuncionales y potenciar desde los primeros

momentos de tratamiento, los aspectos más funcionales del paciente. Se ha sugerido que la reducción de la ID podría ser potenciada mediante terapia farmacológica (Pedrero et al. 2012), la cual de por sí es común en los primeros estadios de la mayoría de tratamientos para lograr la desintoxicación del paciente y como una forma de eliminar síntomas agudos (CEDRO, 2008). Sin embargo es de suma importancia tener siempre en mente los efectos directos de cada fármaco ya que en particular en el caso del paciente impulsivo determinados fármacos podrían afectar el funcionamiento del lóbulo frontal (Vocci, 2008; Pedrero et al., 2012) el cual está estrechamente vinculado con el control de la conducta.

Por otro lado, sería vital el desarrollo de técnicas de autocontrol, con la finalidad de que el paciente pueda identificar y tener manejo sobre las respuestas condicionadas de consumo que surgirán una vez se que se inserte en la sociedad, así como de su impulsividad, la cual que tendría impacto directo en la disminución del control del propio comportamiento.

Al ser el “*craving*” uno de los mecanismos mediadores para la aproximación y consumo de sustancias (Cano et al.; 2011) tendría especial importancia en aquellos pacientes con una alta ID (dada su asociación con la falta de reflexión y el actuar contraproducente), por lo cual el monitoreo constante del anhelo de consumo sería una herramienta útil. Este puede ser medido a través de instrumentos así como mediante informes verbales durante las entrevistas clínicas. Aquellos pacientes con un alto anhelo de consumo, los cuales se encuentran en mayor riesgo de abandonar el tratamiento o sufrir una recaída, se podrían beneficiar de un monitoreo más riguroso una vez que son dados de alta, de modo que es importante crear compromiso en la familia a lo largo del tratamiento, para que los pacientes sean motivados a asistir a las reuniones de seguimiento.

La presente investigación buscó vincular el rasgo impulsividad y la prevalencia de conductas suicidas en un grupo de pacientes alcohólicos, encontrando que existen diferencias significativas en el rasgo de ID en pacientes que han intentado suicidarse. De la misma forma, dio cuenta de factores de riesgo específicos en este grupo, como lo son, el tener tendencia hacia la ID, el ser una persona agresiva, el tener familiares con problemas de abuso de sustancias, así como familiares que se suicidaron, ser policonsumidor, y tener

problemas con la ley producto de una conducta errática, como lo es el manejar en estado de ebriedad y realizar acciones peligrosas.

La investigación tuvo limitaciones que pueden haber afectado su desarrollo, por ejemplo el tamaño de la muestra, dado que si se tuviese más participantes los resultados obtenidos hubieran sido más significativos. Por otro lado, el hecho de que los participantes fueran seleccionados de diversos programas de rehabilitación en distintas instituciones de Lima, hizo que la muestra no sea tan homogénea como se deseaba, por lo cual se debió investigar las diferencias en el tipo de tratamiento, variable que no fue tomada en cuenta en la investigación. Sin embargo, es importante recalcar que esto fue absolutamente necesario dada la dificultad en conseguir la cuota esperada de participantes.

Otra limitación de la investigación fue que no se hiciera una adaptación lingüística del inventario de impulsividad de Dickman (1990), por un tema de tiempo solo se pudo comprobar la pertinencia del inventario a nuestro medio a través de una prueba piloto con personas con un bajo nivel educativo, los cuales comprendieron los ítems sin mayor complicación.

La comorbilidad psiquiátrica representa la principal limitación de la presente investigación, como se sabe, esta es frecuente en pacientes alcohólicos (Kessler, et al. 1997; Singh y Lathrop, 2008) pero no fue analizada dado que en la gran mayoría de casos las fichas médicas no contaban con los posibles diagnósticos asociados (ya que se da un mayor peso al diagnóstico de adicción). Lo ideal hubiera sido consultar esta información directamente con los psiquiatras a cargo de los pacientes, pero por dificultades en la coordinación de horarios no pudo ser posible. Sin embargo, como una forma de controlar la influencia de la comorbilidad, se decidió dividir la muestra en pacientes medicados y no medicados al momento de realizar los análisis no descriptivos, dado que los pacientes medicados son con mayor probabilidad aquellos que podrían tener diagnósticos asociados.

Finalmente esta investigación puso de manifiesto, que los intentos de autoeliminación en alcohólicos son más frecuentes de lo que se creía, aún en una muestra pequeña. Un estudio de esta naturaleza, tiene como meta la búsqueda de un mejor entendimiento de las conductas suicidas en personas alcohólicas, con la finalidad de que los factores de riesgo hallados en la literatura científica y en el presente estudio sean tomados

en cuenta tanto en la prevención como la rehabilitación de estos pacientes. Se espera que los resultados encontrados aumenten el interés en la prevención y tratamiento de los trastornos adictivos.



Referencias Bibliográficas

- Acton, S. (2003). Measurement of Impulsivity in a Hierarchical Model of Personality Traits: Implications for Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 38(1), 67-83 doi: 10.1081/JA-120016566.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición/ DSM-IV-TR) Washington, D.C.
- Anderson, B.A.; Howard, M.O.; Walker, R.D.; Suchinsky, R.T. (1995) Characteristics of substance abusing veterans attempting suicide: a national study. *Psychol. Rep.* 77, 1231-1242.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. doi:10.1037/0022-006X.47.2.343
- Beck, A. y Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Beck, A., Steer, R. & Ranieri, W. (1988). Scale for Suicide Ideation: Psychometric Properties of a Self Report Version. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 499-505.
- Bernal, M.; Haro, J.M.; Bernert, S.; Brugha, T.; de Graaf, R.; Bruffaerts, R.; Lepine, J.P.; de Girolamo, G.; Vilagut, G.; Gasquet, I.; Torres, J.V.; Kovess, V.; Heider, D.; Neeleman, J.; Kessler, R.; Alonso, J. (2007) Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J. Affect Disord.* 101, 27-34.
- Bertolote, J.M.; Fleischmann, A. (2005) Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am. J. Med. Genet. C Semin. Med. Genet.* 133, 8-12.
- Borges, G., Walters, E. & Kessler, R. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781-789.
- Bottlender, M.; Soyka, M. (2004) Impact of craving on alcohol relapse during and 12 months following outpatient treatment. *Alcohol*: 39: 357-361
- Cano, C.; Araque, S.; Candido, O. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones* 23(2):141-148.
- Castañeda, A. (2002). Características psicosociales del adolescente para suicida. *Avances en Psicología*. pp. 22-33.
- Castro R, Zavaleta A, y col. (2002). *Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana*. Encuesta de hogares. Monografías de Investigación 20. Lima: Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) pp132.
- Campbell, R., Carroll, M. (2000). Acquisition of drug self administration: environmental and pharmacological interventions. *Exp Clin Psychopharmacology* 8:312-325
- CEDRO (1993) *Compendio de Información Disponible sobre la Magnitud de los Distintos Aspectos del Problema de la Droga en el Perú y la Respuesta a Nivel Público y Privado Frente a los Mismos*. Lima: CEDRO; pp. 220.
- CEDRO (2005). *Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2005*
- CEDRO (2008). *El problema de las drogas en el Perú*. Lima.
- Chico, E. (2000). Relación entre la impulsividad funcional y disfuncional y los rasgos de personalidad de Eysenck. *Anuario de Psicología*, 31(1), 79-87.
- Chico, E., Tous, J.M., Lorenzo, U., y Vigil, A. (2003). Spanish adaptation of Dickman's impulsivity inventory: Its relationship to Eysenck's personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1883-1892. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00037-0

- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2006). Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: A Norwegian study with university students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 400-404. doi:10.1080/08039480600937645.
- Claes, L., Vertommen, H., y Braspenning, N. (2000). Psychometric properties of the Dickman Impulsivity Inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 27-35. doi: s0191-8869(99)00172.5
- Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ. (1996) Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res*, 20, 1451–1455.
- Conner, K.R. (2004) A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 34, 89-98.
- Conner KR, Duberstein PR. (2004) Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*, 28(5 Suppl.): 6S–17S.
- Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidnitz L, Caine ED (2001) Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav.*, 31, 367–385.
- Dear. G. (2000) Functional and Dysfunctional Impulsivity, Depression, and Suicidal Ideation in a prison population. *The journal of Psychology*; ABI/IXFORM Global. Pg.77-80.
- DEVIDA (2006). *Información Estadística sobre Drogas en el Perú*. Lima.
- De Wit, H. & Richards, J. (2004) Dual determinants of drug use in humans: reward and impulsivity. *Nebraska Symposium of Motivation* 50: 19-55
- De Wit, H. (2008) Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addiction Biology*. 14, 22-31.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95–102. doi: 0022-3514/90
- Dickman, S. J. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences*, 28, 563-581.
- Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana 2002, IESM H.Delgado-H.Noguchi, (2002). Ed. Especial de Anales de Salud Mental, Lima.
- Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la sierra Peruana 2003, IESM H.Delgado-H.Noguchi, (2004). Ed. Especial de Anales de Salud Mental, Lima.
- Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la selva Peruana 2004, IESM H.Delgado-H.Noguchi, (2005). Ed. Especial de Anales de Salud Mental, Lima.
- Eysenck, S. & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Evenden, J. (1999) Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Psychopharmacol* 13, 180–192.
- Evren, C.; Cetin, R.; Durkaya, M.; Dalbudak, E. (2010). Clinical factors associated with relapse in male alcohol dependents during six-month follow-up. *BCP*, 20(1): 14-22
- Fals-Stewart, W. & Lam, W. (2010) Computer-Assisted Cognitive Rehabilitation for the treatment of Patients with Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 18, 87-98.
- García, J; Gonzáles, J & Sáiz, P. (1998). *Prevención de las conductas suicidas*. Barcelona: Masson.
- Gray JA. (1987) Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21, 493–509.
- Gorwood P (2001) Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *Eur Psychiatry*, 16, 410–417

- Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2007). Motivation for offending and personality. A study among young offenders on probation. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1243-1253.
- Hoyle, R. H. (2006). Personality and self-regulation: trait and information processing perspectives. *Journal of Personality*, 74(6), 1507-1525.
- Hufford, M. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21, 797-811.
- Ikeda, R.M.; Kresnow, M.J.; Mercy, J.A.; Powell, K.E.; Simon, T.R.; Potter, L.B.; Durant, T.M.; Swahn, M.H. (2001) Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 32, 60-67.
- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B (1998) Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172, 35-37.
- Flensborg-Madsen, T.; Knop, J.; Mortensen, E.L.; Becker, U.; Sher, L.; Gronbaek, M. (2009) Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Res.* 167, 123-130.
- James, I.P. (1966) Blood alcohol levels following successful suicide. *Q. J. Stud. Alcohol* 27, 23-29.
- Kessler, R.C.; Crum, R.M.; Warner, L.A.; Nelson, C.B.; Schulenberg, J.; Anthony, J.C. (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 54, 313-321.
- Koller G, Preub U, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M, (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252, 155-160. doi: 10.1007/s00406-002-0362-9.
- Lamis & Malone (2012). Alcohol use and suicidal behaviors among adults: A synthesis and theoretical model. Department of Psychology, University of South Carolina. *Suicidology Online*, 3: 4-23.
- Lester, D. (1990). Impulsivity and threatened suicide: *Personality and Individual Differences*, 11, 1097-1098.
- Levi, F.; La Vecchia, C.; Lucchini, F.; Negri, E.; Saxena, S.; Maulik, P.K.; Saraceno, B. (2003) Trends in mortality from suicide, 1969-1999. *Acta Psychiatr. Scand.*, 108, 341-349.
- Magid, V., MacLean, M.G., & Colder, C.R. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addictive Behaviors*, 32, 2046-2061.
- Martínez Zaragoza, F.A. (2001). *Creatividad: impulsividad, atención y arousal. Del rasgo al proceso. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Departamento/Instituto: Psicología Evolutiva y de la Educación. Publicado on-line 19 de noviembre de 2008. Recuperado de: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UM/AVAILABLE/TDR-1118108_131056//MartinezZaragoza.pdf.*
- Marlatt, G.; Gordon, J. (1985) *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, New York.
- McGue, M., Iacono, W.G., Legrand, L.N., Malone, S., & Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behaviour and psychopathology, and P3 amplitude. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(8), 1156-1165.
- Mishari, A (2003). *Adiós mundo cruel*. Barcelona: Océano.
- Mitchell, S., (2004) Measuring impulsivity and modeling its association with cigarette smoking. *Behavior Cognitive Neuroscience Rev.* 3: 261-275.
- Monteiro, M. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C. OPS.

- Murphy GE, Wetzel RD. (1990) The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47, 383–392.
- Oquendo Ma, Galfalvy H, Russo S, Ellis S, Mann JJ. (2004) Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 161, 1433-41.
- Organización Mundial de la Salud (1968) *Prevención del suicidio*, N 35 Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, (1992) CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales*. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud. (2004) World Mental Health Survey Consortium. Medina-Mora M.E.; Borges, G.; Lara, M.C.: “Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health.” Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*; 291(21), 2581-2590.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *World report on road traffic injury prevention* Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2004) Suicide huge but preventable public health problema, says WHO. World Suicide Prevention. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2007) Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C.
- Observatorio Peruano de Drogas (2009). *Análisis de resultados de la red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas 2005-2007*. Lima. DEVIDA. 1-44
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585-591.
- Pedrero Pérez, E. J. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones* 24(1), 51-57
- Perry L., Carroll, E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology* 200: 1-26
- Pirkis, J; Burgess, P. & Jolley, D. (2002). Suicide Among Psychiatry Patients: A Case Control-Study: Australian and New Zeland. En *Journal of Psychiatry*, (36), 86-91.
- Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, Serra G, Girardi P, Janiri L, Tatarelli R, Sher L, Lester D. (2010). Suicidal behavior and Alcohol Abuse. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 7, 1392-1431; doi: 10.3390/ijerph7041392
- Prochaska J y DiClemente C. (1984): "Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change". En *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (51): 390-395.
- Prochaska, J., DiClemente, C., y Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rehm J, Monteiro M. (2005) Alcohol consumption and burden of disease in the Americas-implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*; (4/5), 241-248
- Reimer, F. (1964) Alkohol und Selbstmord bei Seeleuten (Alcoholism and suicide in sailors). *Offentl. Gesundheitsdienst*. 26, 423-426.

- Reyes, J.; Robles, R., Colón, H.; Negrón, J.; Matos, T.; Calderón, J. (2011). Polydrug use and attempted suicide among Hispanic adolescents in Puerto Rico. *Arch Suicide Research*. 15(2): 151-159
- Roy, A. (2003) Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J. Affect Disord*. 77, 267-271.
- Saavedra, A. (1997). *Comorbilidad en el alcoholismo*. Serie de Monografías de Investigación N° 5. Lima: INSM
- Santos Reinaldo, A.; Pillon, S. (2008). Repercusiones del alcoholismo en las relaciones familiares: Estudio de caso acerca del tema. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*: Mayo-Junio (16).
- Sher L.; Oquendo M. y Mann J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clin Neurosci* 1, 337-344.
- Sher L, Mann JJ. (2003) Neurobiology of suicide. In: Soares JC, Gershon S, eds. *Textbook of medical psychiatry*. New York: Marcel Dekker: 701-711.
- Sher L, Zalsman G. (2005) Alcohol and adolescent suicide. *Int Adolesc Med Health*; 17, 197-203
- Sher L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 113, 13-22 doi: 10.1111/j1600-0447.2005.00643.x
- Simon, O.R.; Swann, A.C.; Powell, K.E.; Potter, L.B.; Kresnow, M.J.; O'Carroll, P.W. (2001) Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 32, 49-59.
- Singh, V.D.; Lathrop, S.L. (2008) Youth suicide in New Mexico: a 26-year retrospective review. *J. Forensic. Sci*. 53, 703-708.
- Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P (1993) Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 242 (6), 362-372
- Stenback, A.; Achte, K.A.; Rimón, R.H. (1965) Physical disease, hypochondria, and alcohol addiction in suicides committed by mental hospital patients. *Br. J. Psychiatry*, 111, 933-937.
- Suominen K, Isometsä E, Henriksson M, Ostamo A, Lönnqvist J (1997) Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence or both. *Acta Psychiatr Scand* 96, 142-149
- Téllez-Vargas J. (2006) Impulsividad y Suicidio. En: Téllez-Vargas J, Forero-Vargas J, editores. *Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio 62-80.
- Verdejo, A., Lawrence, A.J., y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.
- Vocci, F. J. (2008). Cognitive remediation in the treatment of stimulant abuse disorders: A research agenda. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16, 484-497. doi: 10.1037/a0014101
- Weissman MM, Myers JK, Harding PS. (1980) Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. *J Stud Alcohol*, 41, 672-681.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Wojnar, M.; Ilgen, M.A.; Czyz, E.; Strobbe, S.; Klikiewicz, A.; Jakubczyk, A.; Glass, J.; & Brower, K.J. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 115, 131-139.
- World Health Organization. (2008) Suicide prevention. Disponible en URL: <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>

- World Health Organization (2009) Alcohol and injuries: emergency department studies in an international perspective. Ginebra.
- World Health Organization (2011) Global status report on alcohol and health. Ginebra.
- Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies *Clinical Psychology Review* 26, 379–395.
- Yaldizli O, Kuhl H, Graf M, Wiesbeck A, Wurst F. (2010) Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: A subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug and Alcohol Review* January, 29, 64–74. Doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00089.x
- Zernig, G.; Saria, A.; Kurz, M.; O'Malley, S. (2000). Handbook of alcoholism. CRC Press, Boca Raton, Florida.
- Zuckerman M., Cloninger CR. (1996) Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*; 21, 283–285.





Instrumentos

(Anexo A) Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

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

La presente investigación es conducida por Renzo Kou Rios de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión de la Dra. Cecilia Chau. La meta de este estudio es investigar las características de las personas que tienen adicciones. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder 3 cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por:

He sido informado de que la meta de este estudio es:

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Renzo Kou Rios al correo electrónico: a20061011@pucp.edu.pe

Nombre del participante
(En letra imprenta)

Firma del participante

Fecha: _____

(Anexo B)

Ficha de datos generales

Estamos realizando una investigación sobre las características de personas que tienen adicciones. Por favor conteste con la mayor sinceridad a todas las preguntas de esta ficha, siéntase libre de responder ya que toda la información que nos brinde será estrictamente confidencial. Si tiene alguna duda, consúltela con el investigador.

1. Edad: _____
2. Distrito de procedencia: _____
3. Estado Civil: _____
4. ¿Tiene hijos?
a) Si b) No Si su respuesta es afirmativa, indique el número _____
5. Grado de instrucción: (marque con una X)
a) Primaria completa d) Secundaria incompleta
b) Primaria incompleta e) Técnica
c) Secundaria completa f) Superior
6. Ocupación: _____
7. ¿Con quienes vivía antes de su internamiento?

8. ¿Cuál es su principal droga de consumo? ¿Desde hace cuanto tiempo la consume?

9. ¿Consume otras drogas? ¿Cuáles?
a) Marihuana c) Pasta básica
b) Cocaína d) Otra (especificar) _____
10. ¿Desde hace cuanto tiempo tiene problemas por el consumo de alcohol?

11. ¿Cuál fue el motivo de su internamiento?

12. ¿Hace cuanto tiempo está internado?

13. ¿Cuántas veces ha sido internado en los últimos 5 años?

14. Actualmente, ¿se encuentra medicado? (de ser afirmativo, especifique el motivo)

15. ¿Padece de alguna enfermedad? (en caso de ser afirmativo, especifique que enfermedad y desde hace cuanto tiempo la padece)

- a) Si _____
- b) No

16. ¿Se ha visto involucrado en problemas con la ley mientras bebía?

- a) Nunca c) Algunas veces e) Frecuentemente
- b) Rara vez d) A menudo

17. Alguna vez:

- a) Tuvo una pelea con sus familiares por tomar
- b) Se peleó o tuvo una discusión fuerte con alguien que no conocía mientras bebía
- c) Tuvo una pelea con su pareja sentimental por tomar
- d) Manejó en estado de ebriedad
- e) Se ha desmayado por tomar

18. ¿Se considera una persona agresiva? Si su respuesta es sí, ¿Por qué?

a) Si b) No

19. ¿Algún familiar o persona importante para usted ha fallecido en el último año?

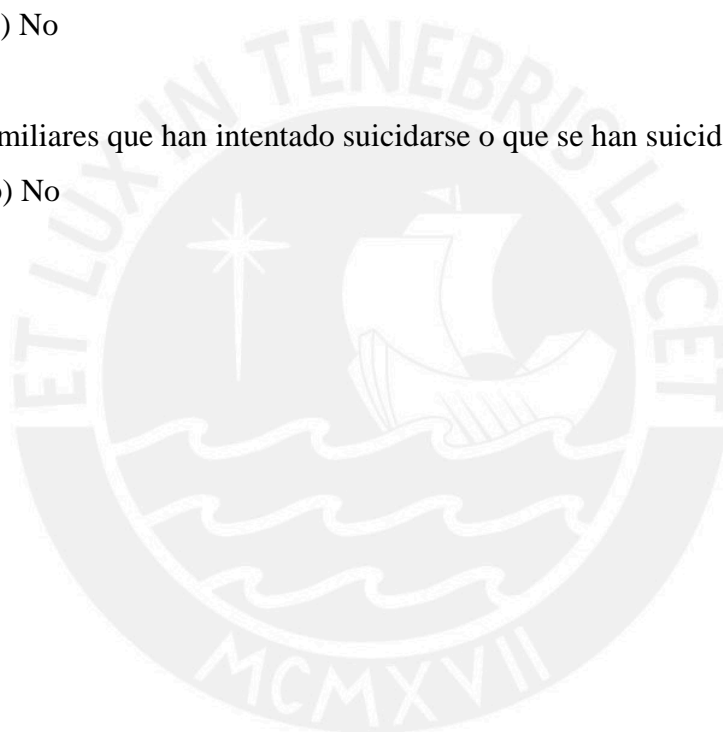
a) Si b) No

20. ¿Tiene familiares con problemas de consumo de alcohol o drogas?

a) Si b) No

21. ¿Tiene familiares que han intentado suicidarse o que se han suicidado?

a) SI b) No



Anexo C (Inventario de Impulsividad de Dickman, adaptación de Pedrero, 2009)

Por favor conteste las siguientes afirmaciones marcando con una X la respuesta correspondiente (verdadero o falso), de acuerdo a si se aplican o no a usted. Si tiene alguna duda mientras responde el inventario consulte con el investigador. No deje ninguna respuesta sin contestar.

	V	F
1 Con frecuencia, no dedico suficiente tiempo a pensar sobre una situación antes de actuar		
2 Trato de evitar las actividades en las que debes actuar sin tomar mucho tiempo para pensar		
3 No me gusta tomar decisiones rápidas, ni siquiera decisiones sencillas como qué ponerme o qué cenar		
4 Disfruto resolviendo problemas lenta y cuidadosamente		
5 Se me da bien aprovecharme de las oportunidades inesperadas, cuando debes hacer algo inmediatamente o perder esa posibilidad		
6 Me gustaría trabajar en algo que requiriera tomar decisiones rápidas		
7 A menudo tomo decisiones sin dedicar tiempo a considerar la situación desde todas las perspectivas		
8 He perdido importantes oportunidades por no ser capaz de decidir rápidamente		
9 Con frecuencia digo y hago cosas sin tener en cuenta las consecuencias		
10 Frecuentemente concierdo citas sin estar seguro de poder asistir		
11 Me siento a disgusto cuando tengo que tomar decisiones rápidamente		

12	No me gusta hacer las cosas rápido, incluso cuando estoy haciendo algo que no es difícil		
13	Compro a menudo cosas sin pensar si realmente puedo permitírmelo		
14	Se me da bien razonar cuidadosamente		
15	Me gusta participar en conversaciones rápidas y animadas donde no tienes tiempo de pensar antes de hablar		
16	Me gustan los deportes y juegos en los que debes elegir rápidamente tu próximo movimiento		
17	Muchas veces los planes que hago no salen bien porque no los he preparado suficientemente bien por adelantado		
18	Con frecuencia me busco problemas porque no pienso antes de actuar		
19	La mayor parte de las veces soy capaz de transmitir mis pensamientos con palabras rápidamente		
20	La gente me admira porque soy capaz de pensar con rapidez		
21	Muchas veces digo lo que se me pasa por la cabeza sin pensarlo antes		
22	Antes de tomar una decisión valoro cuidadosamente los pros y los contras		
23	Rara vez me implico en proyectos sin considerar primero los posibles problemas que me voy a encontrar		

Análisis Estadísticos

Anexo D Test de Kaiser-Meyer-Olkin y Bartlett en la escala de impulsividad de Dickman

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	Prueba de esfericidad de Bartlett	Sig.
0.52	430.59	.00

Anexo E Análisis Factorial de la escala de impulsividad de Dickman

Matriz de estructura factorial con rotación oblimin (a 2 factores)

	Factor	
	1	2
ITEM1(D)	.320	.234
ITEM 2(F)	-.525	.060
ITEM 3(F)	.333	.482
ITEM 4(D)	.251	.546
ITEM 5(F)	.129	.337
ITEM 6(F)	.081	.320
ITEM 7(D)	.451	.221
ITEM 8(F)	-.512	.196
ITEM 9(D)	.710	.136
ITEM 10(D)	.466	.269
ITEM 11(F)	-.206	.550
ITEM 12(F)	.170	.509
ITEM 13(D)	.350	.247
ITEM 14(D)	.410	.450
ITEM 15(F)	.314	.301
ITEM 16(F)	.010	.232
ITEM 17(D)	.382	-.048
ITEM 18(D)	.727	.134
ITEM 19(F)	.043	.023
ITEM 20(F)	-.152	.063
ITEM 21(D)	.709	.220
ITEM 22(D)	.674	.335
ITEM 23(D)	-.006	.125

Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser

*Anexo F Análisis de normalidad**Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk	
	Z	p
Impulsividad Disfuncional	.959	.079
Impulsividad Funcional	.971	.264

n= 50

