



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE:**

**PSICÓLOGAS CLÍNICAS**

**AUTORES:**

**VIVIANA ISABEL VEGA TINOCO  
MARIA GABRIELA LÓRINCZ FREIRE**

**DIRECTOR:**

**Mst. SEBASTIAN HERRERA PUENTE**

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**

## DEDICATORIA

"Los pensamientos vuelven,  
las convicciones retoñan,  
los estados pasan irrevocablemente"

Goethe

A Celso, Cumandá, Diana y Natalia  
María Gabriela Lórinz

Este trabajo de investigación va dedicada a mi familia Yadira, Federico, Andrea y José Alejandro, por todo el apoyo que me han brindado.

"Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas —la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias— para decidir su propio camino"

Viktor Frankl.

Viviana Vega Tinoco

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiéramos agradecer en primer lugar al Mst. Sebastián Herrera por ser una inspiración para nuestro futuro profesional; A la universidad del Azuay y los docentes nos formaron como profesionales dedicados al servicio humano y finalmente al Hospital “Humberto Ugalde Camacho” (CRA) por la acogida brindada para que esta investigación haya sido posible.

**Resumen**

La presente investigación tiene como objetivo determinar si existe presencia de Impulsividad y Riesgo Suicida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Dependencia a Sustancias en el Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho”. Se utilizó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la Escala de Impulsividad del mismo autor. Los participantes fueron 48 varones de entre 18 y 79 años con diagnóstico de trastorno de dependencia a sustancias. Como resultado se encontró que el 45.8% de los pacientes presenta impulsividad y que el alcohol fue la sustancia que se halló en el 27.1% de esta población. Además, se logró identificar que el riesgo suicida se encuentra en un 27.1% de la población total; la dependencia al alcohol presenta el porcentaje que más se relaciona con la variable previamente mencionada, la cual se halló en el 16.7%.

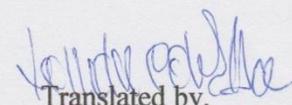
**Palabras clave:** impulsividad, riesgo suicida, adicción, alcohol.

## ABSTRACT

This research aimed at determining if there is presence of Impulsivity and Suicide Risk in patients with Substance Dependence Disorder at *Humberto Ugalde Camacho* Psychiatric Hospital. The Plutchik Suicide Risk Scale and the Impulsivity Scale of the same author, were the instruments used. The sample was made of 48 males aged 18 to 79, with a diagnosis of substance dependence disorder. As a result, it was found that 45.8% of patients presented impulsivity, and that alcohol was the substance found in 27.1% of this population. In addition, it was possible to identify that the suicide risk was found in 27.1% of the total population; alcohol dependence was the most related percentage to the previously mentioned variable, which was found in 16.7%.

**Keywords:** impulsivity, suicidal risk, addiction, alcohol.

  
UNIVERSIDAD DEL  
AZUAY  
Dpto. Idiomas

  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INDICE

1. CAPÍTULO I: Las Adicciones .....	9
1.1. Conceptos básicos .....	12
1.2. Factores asociados al consumo de drogas .....	16
1.3.1. Factor Neurobiológico.....	18
1.3.2. Modelo de Enfermedad .....	20
1.3.3. Modelo de Exposición.....	20
1.3.4. Modelo del Aprendizaje Social de Bandura.....	21
1.3.5. Modelos Conductistas .....	22
1.3.6. Modelo Bio-conductual.....	22
1.3.7. Modelo de la Economía Conductual .....	23
1.3.8. Modelo Social de Stanton Peele.....	25
1.3.9. Modelos de Adaptación.....	25
1.3.10. Modelo de Control Parental .....	26
1.3.11. Punto de vista Psicoanalítico.....	26
2. CAPÍTULO II: Impulsividad .....	27
2.1 Sexo e Impulsividad.....	29
2.2 Teorías de la Impulsividad .....	30
2.2.1 Neuroanatomía de la Impulsividad.....	30
2.2.2 Teoría los Tres factores de Eyseck.....	31
2.2.3 La Teoría de Personalidad de Gray y el concepto de Impulsividad .....	33
2.2.4 Teoría de Zuckerman .....	34
2.2.5 Teoría de la Impulsividad Funcional y Disfuncional de Dickman.....	35
2.2.6 Teoría de los Subtipos de Impulsividad en el Grupo de Barratte.....	36
2.3 Trastorno del control de impulsos .....	39
2.4 La impulsividad y las adicciones .....	39
3. CAPÍTULO III: El Suicidio .....	42
3.1 Definiciones y clínica del suicidio. ....	42
3.2 Teorías Explicativas .....	43
3.2.1 Teorías Unidimensionales .....	43
3.2.1.1 Teoría Psiquiátrica.....	43
3.2.1.2 Teoría Social .....	44
3.2.1.3 Teoría Psicoanalítica .....	44

3.2.1.4	Teoría Cognitiva.....	46
3.2.2	Teorías Multidimensionales .....	46
3.2.2.1	Modelo Arquitectónico de Mack.....	46
3.2.2.2	Modelo de Sobreposición de Blumenthal.....	47
3.2.2.3	Modelo del Cubo Suicida de Shneidman .....	48
3.2.3	Modelos Explicativos Actuales .....	49
3.2.3.1	Modelo de Estrés-diátesis.....	49
3.2.3.2	Modelo del Suicidio como Proceso.....	49
3.2.3.3	La Neurobiología del Suicidio .....	50
3.3	El suicidio asociado al consumo de sustancias .....	50
4.	Metodología .....	54
5.	Resultados .....	57
6.	Discusión de Resultados y Conclusiones .....	66
7.	Recomendaciones.....	69
8.	Referencias.....	70
9.	Anexos.....	75

## Índice de Tablas

Tabla 1. Modelos teóricos de la impulsividad.....	38
Tabla 2. <i>Prevalencia de Impulsividad</i> .....	57
Tabla 3. <i>Prevalencia de riesgo suicida</i> .....	57
Tabla 4. <i>Relación entre impulsividad y riesgo suicida</i> .....	58
Tabla 5. <i>Relación entre impulsividad y edad cronológica</i> .....	58
Tabla 6. <i>Relación entre riesgo suicida y edad cronológica</i> .....	59
Tabla 7. <i>Relación entre riesgo suicida y estado civil</i> .....	60
Tabla 8. <i>Relación entre impulsividad y estado civil</i> .....	60
Tabla 9. <i>Relación entre riesgo suicida y sustancia de consumo</i> .....	61
Tabla 10. <i>Relación entre impulsividad y sustancia de consumo</i> .....	61
Tabla 11. <i>Relación entre riesgo suicida y patología dual</i> .....	62
Tabla 12. <i>Relación entre impulsividad y patología dual</i> .....	62
Tabla 13. <i>Relación entre riesgo suicida y nivel de instrucción</i> .....	63
Tabla 14. <i>Relación entre impulsividad y nivel de instrucción</i> .....	64
Tabla 15. <i>Relación entre impulsividad y el número de internamiento</i> .....	64
Tabla 16. <i>Relación entre riesgo suicida y el número de internamiento</i> .....	65

## 1. CAPÍTULO I: Las Adicciones

En el siguiente capítulo se abordará el tema de las adicciones; tomando en cuenta sus antecedentes, la incidencia a nivel mundial, las teorías explicativas y los factores asociados que giran en torno a esta. Además se definirían conceptos básicos, los cuales son necesarios para la adecuada comprensión del fenómeno.

El National Institute on Drug Abuse, NIDA por sus siglas en inglés, (2014) de Estados Unidos define a la adicción como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad que impacta a nivel del encéfalo ya que las sustancias modifican y afectan su estructura y funcionamiento. Previamente, la conducta adictiva era considerada un problema moral de la persona, más que un problema de salud, lo que devenía en actitudes castigadoras y provocadoras de culpa.

Victoria del Barro, en el año 2009, realizó una recopilación sobre la evolución del Manual diagnóstico y estadístico (DSM), donde registra que la primera aparición formal asociada al uso problemático de sustancias fue en el año 1980 en el DSM-III, con el nombre de desórdenes por uso de sustancias.

Se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas, de edades comprendidas entre los 15 y 64 años consumieron drogas ilícitas en el año 2013 (ONUDD, 2015). De este porcentaje de consumidores, uno de cada diez se torna un consumidor problemático. Actualmente, se comprende que la adicción presenta factores biológicos y ambientales que facilitan la aparición de un cuadro adictivo.

La OMS comunicó que en el año 2013, según la tendencia registrada en América y Europa, el consumo de cocaína había disminuído, mientras que el consumo de cannabis y el uso no médico de opioides farmacéuticos había aumentado. La inclinación observada en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico varió de una región a otra; en Asia sudoriental, por ejemplo, se notificó un aumento del consumo de metanfetamina. El consumo de cualquier sustancia supone un riesgo para la salud de la persona. En el reporte de la Organización Mundial de la Salud se afirma que la droga más utilizada en cárceles es el cannabis. Un gran porcentaje de los prisioneros han consumido por vía intravenosa heroína al menos una vez, lo que podría explicar, por ejemplo, la gran cantidad de enfermedades infecciosas o la presencia de VIH en dicha población. Dos de cada tres consumidores problemáticos son hombres y la probabilidad de consumir cannabis, cocaína y anfetaminas es tres veces superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres (ONUDD, 2015), lo que indica que los hombres muestran más riesgo de presentar un cuadro de dependencia que las mujeres.

La percepción que tiene la población acerca de la rehabilitación de las personas drogodependientes tiende a simplificar demasiado la magnitud de la drogodependencia. No hay un remedio rápido y sencillo para atajar la drogodependencia. Se trata de un problema de salud crónico y, al igual que con otras enfermedades crónicas, las personas afectadas son vulnerables durante toda la vida y necesitan tratamiento de forma prolongada y continua (OMS, 2014). En el 2010, se recolectó información de setenta centros que brindan programas de internamiento para el consumo de drogas en Ecuador, como los Hogares Salvando el Alcohólico, Hogares Crea, Hospitales Públicos de la CCSS y privados, ONG y otras clínicas privadas (incluyendo a una proveedora de servicio de desintoxicación). La cantidad total de

personas egresadas de programas de rehabilitación fue de 5.918, de los cuales un 91,2 % hombres y un 8,8% mujeres. El alcohol se ubica como la sustancia de mayor consumo, ya que un 83,3 % de la población atendida en estos centros de tratamiento mencionaron haberlo consumido en los 30 días anteriores al de ingreso.

Según datos recopilados por el CONSEP, entre los años 2007 y 2010, a nivel nacional, del 100% de la población de personas privadas de la libertad, el 6% fue por posesión y consumo de drogas. El Azuay se ubica entre las seis provincias con el porcentaje más alto; el 23% de las muertes en esta provincia estuvieron relacionadas o producidas por drogas. En el año 2010, el 19,56% de personas atendidas por servicios públicos de salud estuvieron relacionadas a trastornos mentales y de comportamiento, inducidos por sustancias o relacionados a la abstinencia de las mismas. El promedio de edad a nivel nacional se situó en los 52 años, los hombres presentaban un porcentaje de mortalidad del 89% en el año 2010 frente a las mujeres que se situaban en un 11%. La mortalidad relacionada al tipo de sustancia, mostró que el 96, 21% de los casos estaban relacionados directamente con el alcohol y el 3,71% se relacionaba con otro tipo de sustancias; en este aspecto, se mostró una variación de alrededor del 2% si se lo compara con el porcentaje de muertes relacionadas a otras sustancias en el año 2007, el cual mostraba un porcentaje del 2,8%. Las provincias con mayor índice de mortalidad por alcohol y otras drogas, en relación al total nacional, son Azuay (500 casos) y Pichincha (376 casos) (*CONSEP, 2010*).

### 1.1. Conceptos básicos

El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD, 2007) informa que dentro del glosario de términos elaborados por la OMS, las “drogas” se define como un término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental; y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos.

El PNSD suele referirse a las sustancias psicoactivas y, a menudo de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos, son también drogas en el sentido de que se consumen, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

Del mismo modo, el PNDS hace hincapié en que la palabra “adicción” es un término antiguo y variable, el cual se define como: “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (2007). Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término “adicción” incluye también la noción de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona. En cuanto a la adicción al alcohol, es posible referirse a la misma como “alcoholismo”.

Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar los términos “adicción” y “habituación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años sesenta, la OMS recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad. Por lo cual incluiremos definiciones dadas por la OMS acerca de los siguientes términos:

La dependencia según la OMS (2008) es un estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal.

La abstinencia se refiere a la privación del consumo de drogas o de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios” o “abstinentes totales”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los doce meses previos.

Codependiente: Pariente, amigo íntimo o compañero de una persona dependiente del alcohol o de las drogas, cuyas acciones tienden a perpetuar la dependencia de esa persona, retrasando así el proceso de recuperación. Al comienzo de los años setenta, los profesionales que trataban el alcoholismo en EEUU comenzaron a utilizar los términos “coalcohólico” y “coalcoholismo” para definir a los familiares cercanos de los alcohólicos (al principio, en referencia sobre todo a la esposa). Cuando se sustituyó el término alcoholismo por dependencia del alcohol, se implantó el uso de codependiente y codependencia en referencia también a los familiares de las personas dependientes de otras drogas. El empleo de este

término implica una necesidad atribuida de tratamiento o ayuda, hasta el punto que algunos expertos han propuesto que la codependencia se clasifique dentro de los trastornos psiquiátricos. Hoy en día, esta palabra también se usa en sentido figurado para designar a la comunidad o la sociedad permisiva con la dependencia del alcohol o las drogas.

Delírium tremens: Síndrome de abstinencia acompañado de delirio; estado psicótico agudo que se produce durante la fase de abstinencia en las personas dependientes del alcohol y que se caracteriza por confusión, desorientación, ideación paranoide, delirios, ilusiones, alucinaciones (generalmente visuales o táctiles y con menor frecuencia auditivas, olfativas o vestibulares), inquietud, distracción, temblor, sudor, taquicardia e hipertensión. Suele ir precedido de signos del síndrome de abstinencia simple.

Diagnóstico dual: Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno de consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona. A veces, estos sujetos reciben el nombre de “enfermo mental consumidor de drogas”. Un significado menos frecuente es la coexistencia de dos trastornos psiquiátricos que no están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El empleo de este término no implica la naturaleza de la asociación entre los dos trastornos ni alguna relación etiológica entre ambos.

La tolerancia hace referencia a la disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o medicamento que se produce con el uso continuado de la misma; llegando a necesitar dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, la cual puede ser física, psicológica o conductual. En

lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia; mientras que la tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. Se le llama “tolerancia aguda” a la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. Es importante señalar que la tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

Psicotrópico: En su acepción más general, el término significa lo mismo que “psicoactivo”, es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales. En sentido estricto, una sustancia psicotrópica es cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a los medicamentos que se utilizan fundamentalmente en el tratamiento de los trastornos mentales: ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, antimaníacos y neurolepticos. Otros utilizan este término para referirse a las sustancias que tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conciencia o ambos: estimulantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol), etc.

Intoxicación: Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, en la percepción, juicio, afectividad, comportamiento o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y con

las respuestas aprendidas a dicha sustancia. Estas alteraciones desaparecen con el tiempo; la recuperación es completa, salvo cuando se han producido lesiones tisulares u otras complicaciones. El término se utiliza sobre todo en relación con el consumo de alcohol: el sinónimo en lenguaje coloquial es “borrachera”. La intoxicación alcohólica se manifiesta con signos como rubor facial, habla farfullante, marcha inestable, euforia, aumento de la actividad, locuacidad, alteración de la conducta, lentitud de las reacciones, alteración del juicio, descoordinación motriz y pérdida del conocimiento o estupefacción

## **1.2. Factores asociados al consumo de drogas**

No existe un factor único que determine si una persona puede convertirse en un adicto al alcohol o las drogas. Sin embargo, es importante señalar los factores que podrían considerarse como precipitantes de la misma. El NIDA (2014) afirma que entre los factores de riesgo se podrían ver involucradas situaciones como: habilidades sociales deficientes, comportamiento agresivo o impulsivo en la infancia, disponibilidad de sustancias o experimentación con las mismas. Entre los factores ambientales se encuentran: las influencias del entorno y la familia nuclear, el consumo y el acercamiento temprano a sustancias. Es importante señalar que la forma de administración también es un factor importante. Nora Volkow (2014) afirma que si una persona consume de manera intravenosa el riesgo aumenta potencialmente.

Los factores ambientales cumplen un papel muy importante en el desarrollo de una adicción ya que para un determinado gen, la influencia de medios externos puede favorecer su expresión. Por otro lado, cada vez son más las investigaciones que sugieren que los factores genéticos controlan en gran medida la influencia que los factores psicosociales tienen en cada individuo. (Cuadrado, 2008)

Irene Polo Martínez, en su artículo *Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual*, afirma que existen factores personales que muestran patrones repetitivos en pacientes con drogodependencia. Entre estos se puede señalar ciertas distorsiones cognitivas características de este cuadro tales como la negación –que puede manifestarse mediante la justificación– minimización, racionalización y proyección. Mediante estos constructos cognitivos el adicto logra reducir la ansiedad, por lo que logra una estrategia comportamental aparentemente adaptativa, lo que le permite mantener un equilibrio que armoniza con la esfera patológica. También es posible observar la tendencia a la catastrofización, donde el paciente se encarga de convertir las situaciones de la vida diaria o problemas simples en catástrofes para así mantener y justificar el consumo de drogas. La rigidez también es un factor repetitivo en este tipo de pacientes ya que el adicto se aferra a sus percepciones, lo que limita la comunicación y el intercambio de información.

Los autores Muñoz-Rivas, Redondo y Graña (2012) realizaron un resumen sobre los factores de riesgo y protección que pueden influir en el consumo de drogas y los catalogaron de la siguiente manera:

- Factores ambientales/contextuales: Dentro de las variables relacionadas con el ambiente/contexto que rodean al adolescente, los factores de riesgo y protección que más evidencia empírica han acumulado son:
  - Leyes y normas favorables hacia la conducta de consumo.
  - Acceso a las sustancias.
  - Estatus socioeconómico.
  - Lugar de residencia.
  - Desorganización del barrio.

- Factores individuales: Estos se encuentran asociados a mayor riesgo de abuso de drogas:
  - Factores genéticos: componente genético familiar tanto para el alcoholismo como para el abuso de otras drogas.
  - Factores biológicos-evolutivos: sexo y edad.
  - Factores psicológicos: depresión y ansiedad, características de personalidad, búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, actitudes favorables hacia la droga.
- Factores de socialización: Estas variables se dividen en:
  - Familiares: estructura y composición familiar, disciplina, relaciones afectivas y comunicación, actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.
  - Grupo de iguales: asociación con compañeros consumidores, identificación con grupos desviados y rechazo por parte de los iguales.
  - Escolares: abandono escolar, fracaso académico, tipo y tamaño de la escuela.

### **1.3.1. Factor Neurobiológico**

Juan Manuel Pérez (2007), en su artículo *Avances en la Clínica de adicciones: El rol del aprendizaje y la dopamina*, afirma que la adicción ha sido considerada como una enfermedad cerebral, idea no exenta de problemas y detractores. Si así fuera, sería una enfermedad muy particular, ya que a pesar de no ser un proceso degenerativo ni inflamatorio, sin duda el cerebro de un adicto es diferente al cerebro de un no adicto.

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro encargadas de regular el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobre estimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, los cuales refuerzan fuertemente el consumo— y le enseñan al usuario a repetirlo (ONUDD, 2015).

Koob (2011), quien estudió exhaustivamente el mecanismo neurobiológico en las adicciones, hace referencia a la importancia que representan los cambios en los circuitos naturales de recompensa, por tanto, en los refuerzos tanto negativos como positivos, ya que juegan un papel muy importante en la frecuencia con la que un comportamiento se repite y aumenta. Koob afirma también que el refuerzo negativo se asocia al consumo de sustancias, y el refuerzo positivo a la abstinencia a la misma. Dicho refuerzo se asocia directamente con la neuroanatomía y neurofisiología. Los lugares involucrados en el proceso de los circuitos de recompensa son el área tegmental ventral, el núcleo accumbens, la corteza frontal media y el hipocampo. Todas estas áreas se ven afectadas por el consumo de sustancias.

A su vez, todas las estructuras mencionadas previamente están asociadas a sistemas de neurotransmisores donde participan aminas biógenas, principalmente la dopamina. Esta molécula es precursora de catecolaminas y es sintetizada a partir de aminoácido tirosina. Este neurotransmisor está involucrado en funciones como la cognición, el afecto, la motivación y la recompensa, entre otras. Las neuronas dopaminérgicas forman un sistema que se origina en la parte compacta de la sustancia negra, el área tegmental ventral y el hipotálamo. Las áreas mencionadas se ven involucradas en el sistema de recompensa y por lo tanto, como

mencionamos previamente, en la adicción. Las drogas producen un incremento de dopamina en el núcleo accumbens; este acrecentamiento se produce solo cuando existe satisfacción, por lo que los reforzadores positivos aumentan la búsqueda del estímulo y la ausencia de esta produce el síndrome de abstinencia característico de cada sustancia.

### **1.3.2. Modelo de Enfermedad**

Modelo descrito por Jellinek (1960), el primero en proponer una perspectiva de enfermedad para el alcoholismo. En el modelo se expone que existe una predisposición genética que, junto a las dificultades en el proceso madurativo, provocan cierta susceptibilidad a la dependencia, favorecida por el estrés ambiental y la exposición a la sustancia. Así mismo los conflictos familiares, sociales y personales están asociados al consumo de sustancias.

Jellinek además formula una tabla de “alcoholomanía” y describe ciertas fases por las que pasa un consumidor. El modelo inicia en la fase pre-alcohólica, pasa por la fase prodrómica –fase crucial o crítica– que es donde se encuentran los pacientes problemáticos, y concluye en una fase crónica donde se inicia la embriaguez prolongada.

### **1.3.3. Modelo de Exposición**

Weiss y Bazarth (1987) plantearon el modelo de exposición. Esta hipótesis expone que las dependencias se producen por la capacidad que tienen las drogas para actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo que explicaría la conducta de búsqueda de la sustancia y su consumo.

### **1.3.4. Modelo del Aprendizaje Social de Bandura**

Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona, su cognición, junto a los aspectos del ambiente en el que se lleva a cabo la conducta. Esta teoría ofrece un modo idóneo de conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los diferentes elementos que llevan a su inicio, al mantenimiento o al abandono de las mismas. (Ordóñez, 2015)

La Teoría del Aprendizaje Social fue propuesta por Bandura (1986), quien realizó la aportación de incluir a la teoría del aprendizaje social, vicario o de modelos, la técnica del modelado. Como elemento práctico, esta técnica permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. El autor ha re-denominado a la teoría del aprendizaje social como la teoría cognitiva social. El elemento principal de la misma es la autoeficiencia, como eje para poder explicar la conducta, sin olvidar el resto de variables indicadas. Dicha teoría se fundamenta en los principios del aprendizaje, clásico, operante y vicario; las cogniciones, las características de la persona y la cultura; así como los elementos básicos que explican la conducta de un individuo. Esta teoría propone además la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta:

1. El primero está constituido por los acontecimientos o estímulos externos, los cuales afectan a la conducta principalmente a través de los procesos del condicionamiento clásico.
2. El segundo son las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercen su influencia a través de los procesos del condicionamiento operante o instrumental.

3. El tercero lo constituyen los procesos cognitivos que regulan la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Posterior a los procesos de aprendizaje, por medio del condicionamiento clásico y el operante, Bandura propone el aprendizaje vicario o mediante modelos, el cual se define como “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (modelo) actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la acción del modelo” (Perry, 1987, pág. 167). Para que pueda producirse el aprendizaje por observación necesitamos que adquiera esa conducta simbólica. El elemento básico que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la misma. Si estas son positivas para el modelo, se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador. Sin embargo, si son negativas esta probabilidad disminuye. (Ordóñez, 2015)

### **1.3.5. Modelos Conductistas**

Siguiendo el modelo de condicionamiento operante, este defiende que el consumo de ciertas drogas se ve reforzado cuando la persona experimenta una mejoría en su funcionamiento social a través de efectos desinhibidores sobre la conducta (Elvia Velasquez, 2013).

### **1.3.6. Modelo Bio-conductual**

Secades y colaboradores (2007) afirman que, desde una perspectiva funcional, el consumo de sustancias es definido a partir de los mismos criterios que cualquier otro

comportamiento. De manera más específica, el consumo de drogas es un hábito sobreaprendido que puede ser analizado y rectificado como los demás hábitos comportamentales de una persona. Se entiende como el resultado de la interacción de determinados factores que incluyen un organismo con características biológicas y un repertorio comportamental (en el sentido de haber dispuesto o no de modelos reforzadores de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las drogas, etc.); un estado motivacional determinado (condiciones de privación social, ansiedad, etc.); condiciones contextuales generales y específicas determinadas (por ejemplo: ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.); y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las drogas cumplen un papel funcional como reforzador positivo o negativo de dichos comportamientos que han llevado a su adquisición y de las situaciones asociadas a estos. Como tales, son capaces de brindar una función a los elementos presentes en el contexto de reforzamiento, de modo que terminarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual. (López Ríos, 1996)

### **1.3.7. Modelo de la Economía Conductual**

La ley de la igualación (Herrnstein, 1996) habla acerca de la relación entre la conducta y el reforzador. Según esta ley, la razón de las conductas emitidas es igual a la razón de los reforzamientos recibidos por esa actividad. Esta relación se ha encontrado en muchas situaciones y se ha considerado una ley de la conducta. La ley de la igualación indica que las elecciones conductuales se dan en función de las tasas relativas de reforzamiento.

Vuchinich y Tucker (1988) desarrollaron un análisis para explicar las condiciones bajo las cuales se desarrolla el consumo del alcohol cuando se dispone de otras actividades

reforzantes en el ambiente. Intentaron determinar por qué un individuo elige consumir una droga. Para explicar las preferencias por un reforzador, la Teoría de la Elección Conductual hace hincapié en la necesidad de tener en cuenta los límites conductuales asociados a su acceso y la disponibilidad ambiental de otro tipo de reforzadores. Se sostiene que, aún cuando el consumo de alcohol es una actividad altamente reforzante, si se define en términos conductuales o neurofisiológicos, este hecho, por sí mismo, no es suficiente para explicar tal comportamiento, en tanto que otras actividades reforzantes también están disponibles para los sujetos.

Este análisis destaca dos clases de variables como determinantes de la elección preferente del consumo de alcohol:

- a) la restricción sobre el acceso al alcohol.
- b) la disponibilidad o el acceso restringido a otros reforzadores.

Así, las investigaciones realizadas tanto con animales como con humanos señalan que la preferencia por el consumo de drogas:

1. Es inversamente proporcional a la restricción sobre su consumo
2. Es inversamente proporcional a la disponibilidad de otros reforzadores alternativos y directamente proporcionales a la restricción del acceso a estos.

La teoría señala que si se restringe el acceso a un reforzador, la preferencia por su consumo puede verse reducida y la conducta puede ser reorientada hacia reforzadores alternativos disponibles en una determinada situación. De este postulado, resultan dos implicaciones acerca de los procedimientos para reducir el consumo de alcohol:

1. El incremento de las limitaciones para el acceso a la sustancia y
2. El incremento de la disponibilidad de otras alternativas de reforzamiento.

### **1.3.8. Modelo Social de Stanton Peele**

Este modelo teórico está basado en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida (Peele, S. 1985). El autor propone que la dependencia se encuentra determinada por la manera en la que la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga tanto a nivel fisiológico como emocional. Por lo tanto, la adicción no reside en el efecto que tenga la droga sobre la persona misma, sino en el modo que tiene la persona de enfrentarse al mundo y la forma que tiene de verse a sí mismo. Todo esto se ve determinado por las experiencias pasadas, el estilo de personalidad y el entorno social; ya que influyen de manera crucial en la experiencia de consumo de drogas y en cómo el sujeto se enfrenta a las mismas. Por lo tanto, las sustancias se convierten en un medio para afrontar de mejor manera situaciones que provocan estrés, sufrimiento, ansiedad o inestabilidad.

Peele plantea que el sujeto adicto se encuentra insatisfecho con cómo es o con la realidad, por lo que la droga actúa como vehículo para conseguir lo que desea. La adicción es una vía de escape de la realidad y permite evadir la insatisfacción y la frustración.

### **1.3.9. Modelos de Adaptación**

Este modelo teoriza que las personas que consumen drogas son poco eficientes en el uso de sus recursos personales y en la resolución de conflictos. Al consumir la sustancia, las personas adquieren la sensación de que obtienen habilidades de afrontamiento y, por esta razón, se da la constante búsqueda del consumo.

### **1.3.10. Modelo de Control Parental**

Este modelo propone que la falta de afecto, la carencia de guía de los padres y la falta de respeto a las normas, se ven reflejadas en una conducta desadaptada en los hijos, por lo tanto, mayor es el riesgo de consumo de drogas en los mismos. Por otro lado, menciona que factores como la baja autoestima se ven recuperados por medio del consumo, lo cual lo convierte en una persona socialmente aceptada por el grupo de iguales y se torna en la pauta de comportamiento adoptada por el sujeto inseguro.

### **1.3.11. Punto de vista Psicoanalítico**

Jorge Luis Maldonado (1996) realizó una recopilación de puntos de vista psicoanalíticos acerca del alcoholismo en su libro *Sobre la patología del alcoholismo y la drogadicción en la experiencia analítica*. En este afirma que, desde este enfoque, el paciente alcohólico muestra un mecanismo de escisión de la representación del objeto y que la proyección que forma parte de este tipo de personalidad tiende al narcisismo.

Desde esta perspectiva, el paciente alcohólico intenta reemplazar o desprenderse del vínculo amoroso con el objeto para impedir la dependencia. Logra esto mediante el uso de la fantasía, pensando así que el objeto puede verse sustituido por los efectos –a nivel de la alteración de los sentidos– que causan el consumo de sustancias. En el alcohólico se produce una transformación de vínculo objetal. Además, el paciente alcohólico sufre una fijación oral. Esta fijación desarrolla una neurosis y la manifestación de dicha neurosis, es decir el síntoma, es la conducta de consumo compulsivo.

## 2. CAPÍTULO II: Impulsividad

A continuación se procederá a describir las diferentes perspectivas que buscan explicar y comprender el acto impulsivo, además de los factores que se encuentran asociados a la aparición del mismo. Sumado a esto, se realizó una recopilación basada en modelos teóricos de diferentes autores con la finalidad de encontrar un punto de co convergencia entre esta variable y las adicciones.

Berrios (1996), en su libro *The history of mental symptoms*, menciona que el concepto de impulsividad se añadió a la psiquiatría en el siglo XIX para denominar acciones que se consideraban paroxísticas, estereotipadas e involuntarias. Dichas descripciones iniciales de la psiquiatría sobre la psicopatología de la conducta impulsiva datan desde el inicio de este siglo y fueron realizadas por autores, como Pinel y Esquirol, quienes introdujeron los términos “impulso instintivo” o “monomanía instintiva” (Merola, 2015).

Esquirol (1819) acuñó el término monomanías en su libro *Diccionario de las ciencias médicas*, con el objetivo de definir una conducta que se presentaba como respuesta a impulsos irrimprimibles e incontrolables. Así, la monomanía es descrita como una afección crónica y sin fiebre, de la voluntad, la inteligencia o los afectos. Entre las monomanías se incluye a la piromanía, el consumo crónico de alcohol y la agresión homicida. Anteriormente se teorizaba a la impulsividad como una depravación de la voluntad, en la cual se conservan las funciones intelectivas intactas (Matthey, 1816). Esta fue la idea concebida durante la época de 1800 y la cual evolucionó con diferentes perspectivas que reorientaron la concepción de este fenómeno.

Durante el siglo XX, el impulso y sus trastornos se plantearon desde una perspectiva más compleja y multidimensional, distante conceptualmente a los desórdenes de la voluntad

como elemento psicopatológico único, y vinculada al manejo de los afectos y los conflictos internos (Merola, 2015).

A lo largo de este periodo, los trastornos del control de impulsos pasaron a representar una entidad clínica formal en el DSM-III. A pesar de que la impulsividad forma parte de los criterios diagnósticos de un número significativo de trastornos psiquiátricos y es un síntoma de otros, no se ha conseguido delimitar el concepto de impulsividad formalmente (Bennasar, 2010).

Es importante señalar que la impulsividad, como rasgo de personalidad, no siempre es patológica, y puede cumplir una función adaptativa. Se ha intentado diferenciar la impulsividad disfuncional de la impulsividad funcional, teniendo en cuenta que las consecuencias de esta no siempre son negativas (Caci, 2003). El impulso ligado a la voluntad alienta nuestra vitalidad, sin él, caeríamos en la abulia y el estancamiento. Además el impulso nos permite ser curiosos y creativos, producir cambios y promueve la adaptación. Un constante afán por las novedades unido a la intolerancia y a la frustración pueden desembocar en conductas impulsivas disfuncionales con fines perjudiciales (Merola, 2015).

Bennasar (2010) señala que la impulsividad puede tener varios significados orientados hacia diferentes patologías. En primer lugar, esta puede ser un síntoma; en segundo lugar, puede hacer referencia a un tipo específico de agresión y, en tercer lugar, puede presentarse como un rasgo de personalidad.

A nivel social se considera que la impulsividad es una conducta aprendida en un entorno en el cual el niño aprende a reaccionar inmediatamente con el fin de obtener

gratificación. Los individuos impulsivos no tienen la capacidad de anticipar las consecuencias que tienen sus actos tanto para ellos como para los demás. (Moeller, 2001)

Desde la teoría psicoanalítica, se describe las “neurosis impulsivas” en las que el impulso patológico se encuentra caracterizado por la llamada irresistibilidad. Dentro de esta categoría, Fenichel (1984) incluye cuadros como la piromanía, cleptomanía, ludopatía y fugas impulsivas. Desde esta perspectiva, el impulso es una disposición hacia la acción con el objetivo de disminuir un estado de tensión elevado, el cual puede estar causado por la acumulación de tensión pulsional o por la disminución de las defensas del Yo contra esta.

A pesar de que existen ciertos determinantes generales relacionados a la conducta impulsiva, y se tiene en cuenta que es un espectro con componentes multifactoriales, no existe una definición ni un concepto concreto acerca de este tipo de comportamiento.

## **2.1 Sexo e Impulsividad**

Los varones están sobrerrepresentados en conductas socialmente problemáticas como la agresividad y la conducta criminal; las cuales están frecuentemente relacionadas con la impulsividad. No obstante, las diferencias de la impulsividad entre sexos, utilizando medidas objetivas de conducta, no están determinadas, y dependen en gran medida de las tareas evaluadas, del constructo teórico utilizado y de las muestras seleccionadas (Weafer, 2013).

Desde un punto de vista evolutivo, y de acuerdo a distintas teorías de la personalidad, podría predecirse que las diferencias entre sexos fueran más claras en situaciones que impliquen riesgo, mostrando en los varones una mayor tendencia a la búsqueda de

sensaciones y experiencias, más sensibilidad a la recompensa y menor sensibilidad al castigo. Así mismo, se ha demostrado la presencia de mayor sensibilidad al castigo en mujeres. Sin embargo, no se evidencia alta sensibilidad a la recompensa. Los resultados indicarían fuertes diferencias en aspectos motivacionales del control de las conductas, y por lo tanto, en la conducta impulsiva (Cross CP, 2011).

Los varones tienen mayor tendencia a involucrarse en actividades que resulten novedosas o de alto nivel de estimulación que las mujeres. Este tipo de conducta puede variar por la edad y el contexto social en el que se encuentren. Las diferencias entre sexos en la tendencia a la búsqueda de sensaciones, pueden reflejar una predisposición genética que interactúa con información socialmente transmitida (Cross CP C. D., 2012)

## **2.2 Teorías de la Impulsividad**

### **2.2.1 Neuroanatomía de la Impulsividad**

La neuroanatomía señala como bases anatómicas del control de los impulsos, a un complejo sistema de circuitos neuronales que involucran al córtex pre-frontal, el núcleo accumbens, la amígdala, el área tegmental ventral y los núcleos del rafe (Ribas, 2002). La dopamina y la serotonina son los neurotransmisores que han mostrado mayor relación con la impulsividad. Las alteraciones de estas afectan de forma desigual a diversos aspectos de la conducta impulsiva, debido a la participación de diferentes áreas cerebrales y sustratos neuroquímicos (Winstanley, 2004).

La impulsividad, como rasgo estable, se vincula a sutiles equilibrios de dopamina/serotonina. Un modelo ya clásico describe que los sistemas facilitadores de la

conducta impulsiva se encuentran vinculados a la neurotransmisión dopaminérgica y a los sistemas inhibitorios relacionados con la serotonina (Nemm J, 1986).

La serotonina facilita la inhibición pre-frontal, por lo que una actividad serotoninérgica deficiente puede incrementar la impulsividad agresiva. No obstante, la ausencia de una asociación consistente entre la actividad serotoninérgica y la impulsividad en pacientes con trastornos de ansiedad o afectivos pone en duda la existencia de una relación dimensional inversa entre la función serotoninérgica y la conducta impulsiva (Navarro M A, 2010).

La predisposición genética a la agresividad/impulsividad parece verse afectada por las variantes genéticas polimórficas de los sistemas serotoninérgicos. Estos sistemas influyen en los niveles de serotonina en el Sistema Nervioso Central (SNC), en el grado de producción de serotonina y en su liberación y degradación en la sinapsis. Entre estas variantes, pueden ser de particular importancia los polimorfismos funcionales de la monoaminoxidasa A (MAO-A) y los transportadores de serotonina (5-HTT), debido a la relación entre estas variantes y ciertos cambios anatómicos en el sistema límbico de sujetos que expresan altos niveles de agresividad (Pavlov KA, 2012).

### **2.2.2 Teoría los Tres factores de Eyseck**

Eyseck (1990) elaboró su teoría de la personalidad en base a un modelo hipocrático tomando en cuenta estudios que abarcaban la psicometría, consideraciones transculturales, la psicofisiología, e investigaciones tanto en animales como en humanos.

Su propuesta se basa en determinar diferencias individuales mediante tres grandes fuentes disposicionales distintas. Investigó además la extroversión y determinó que existen

diferencias en la activación cortical, y por ende, que hay distintos tipos de comportamiento entre los sujetos: aquellos con una baja activación cortical buscan generar experiencias excitantes para elevar sus bajos niveles de “*arousal*” (Eysenck, 1990).

La segunda dimensión propuesta de la personalidad es el Neuroticismo. Eysenck manifiesta que las diferencias en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo determinan la activación emocional ya que los niveles altos de Neuroticismo generan una disposición de aumento o “*drive*” del comportamiento (Eysenck, 1990). Dichas propiedades multiplican la tendencia a la conducta presente incrementando la emocionalidad del individuo. Las características relacionadas con un alto nivel de Neuroticismo conforman una experimentación de sentimientos de ansiedad, tristeza, preocupación, culpa, timidez, baja autoestima, irritabilidad, tensión y una mayor emocionalidad general.

El Psicoticismo –o dureza emocional– es el tercer factor donde se encuentran sujetos con tendencia al desarrollo de cuadros psicóticos; de forma más leve, conduce únicamente a rasgos de personalidad no patológicos. Los individuos con un alto rasgo de este factor tienden a manifestar una conducta agresiva, egocéntrica, impulsiva e incapaz de ser empáticos.

La impulsividad fue, en un primer momento, elaborada por Eysenck (1959) como una de las facetas de la Extroversión. Más tarde, ante el advenimiento del tercer factor de personalidad el Psicoticismo, surgido de una nueva conceptualización de la personalidad (Eysenck, 1987), planteará el problema respecto a la ubicación de la impulsividad dentro del modelo PEN; ya que tanto la Extroversión como el Psicoticismo parecían compartir esta característica; pero dado que la Impulsividad está más relacionada con las conductas antisociales que con la sociabilidad, Eysenck decidió incluirla dentro del factor “Psicoticismo” y extraerla de la Extroversión.

### **2.2.3 La Teoría de Personalidad de Gray y el concepto de Impulsividad**

En su libro *“Psicología del miedo y el estrés”*, Gray (1987) propone una teoría alternativa para explicar las diferencias individuales entre extrovertidos e introvertidos que implica incluir nuevamente a la impulsividad como una característica propia de la Extroversión.

Postula, además, una serie de mecanismos adaptativos basados en la sensibilidad al castigo y a la recompensa. Los dos sistemas descritos por este autor se relacionan con diferencias observables en el comportamiento. Uno de ellos es el Sistema de Inhibición Conductual, el cual corresponde a la sensibilidad individual para responder ante señales condicionadas de castigo, de no-recompensa, estímulos novedosos y estímulos innatos de miedo. Al ser activado este sistema pasa, él mismo, de un estado comprobador a un estado de control, provocando de esta manera, respuestas de inhibición de la conducta (evitación pasiva), aumento de la activación y de la atención. Este sistema se encuentra afectado selectivamente por los ansiolíticos, y corresponde a la actividad de estructuras como el septum, hipocampo, hipotálamo y sistemas relacionados (Nicolas Cherbuin, 2008).

El Sistema de Activación Conductual (SAC), por otra parte, se activa ante estímulos condicionados de recompensa y señales de seguridad; además interviene en los aprendizajes de recompensa y evitación activa y corresponde al funcionamiento de sistemas dopaminérgicos, vías ascendentes al estriado dorsal y ventral, etc. (Canli, 2006).

Jackson (2002) menciona que la Impulsividad, según esta descripción, emerge del funcionamiento del SAC y se relaciona con las características de la Extroversión. Por otra

parte, según este autor el Neuroticismo no es producto del funcionamiento de un sistema particular, sino una consecuencia de la reactividad general del sistema nervioso. Por ello, a mayor reactividad del organismo (mayor Neuroticismo) mayor es la sensibilidad del funcionamiento del SIC y el SAC.

Por lo tanto, la Impulsividad –si bien está primariamente relacionada con el factor Extroversión– se potencia a partir de la reactividad general del sistema nervioso, que proveerían las diferencias en el Neuroticismo. El concepto de impulsividad, según esta teoría, no se relaciona tanto con un actuar irreflexivo, sino con una motivación dirigida por la sensibilidad a las señales de recompensa o alivio. La Impulsividad es entendida como una tendencia, en sujetos con mayor actividad del SAC, a los comportamientos de aproximación conductual desencadenada ante señales discriminativas de refuerzo tanto positivo como negativo (Gray, 1987).

#### **2.2.4 Teoría de Zuckerman**

La propuesta del presente autor expone que la impulsividad es una de las dimensiones de la personalidad más relevantes para poder explicar y predecir el comportamiento. En su modelo de Personalidad, Zuckerman (1989) menciona que esta es una de las cinco dimensiones básicas, además del Neuroticismo, Extraversión, Actividad y Hostilidad.

La idea de un rasgo humano capaz de predecir la reacción de los sujetos frente a estímulos novedosos, variados y/o intensos, llevó a Zuckerman a combinar el constructo “Impulsividad” con el de “Búsqueda de Sensaciones” (Mario Squillace, 2011).

Desde la propuesta de Zuckerman, la búsqueda de Sensaciones e Impulsividad, además de estar vinculadas en función de su posible resultado (conductas de riesgo),

presentan formas de buscar sensaciones que son impulsivas y otras no impulsivas. Además expone tres formas de impulsividad: la búsqueda de experiencia, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento; y, una forma no impulsiva de buscar sensaciones: búsqueda de emociones y aventuras. Estas cuatro formas tienen las siguientes características:

- a) Búsqueda de emociones y aventuras: se refiere al deseo de buscar actividades como deportes de riesgo o acciones que implican velocidad, aventura, entre otras.
- b) Búsqueda de experiencia: este factor consiste en la prospección de vivencias a través de la mente y los sentidos, los viajes, el arte, la comida, la moda y mantener un estilo de vida poco distinta rodeada de gente inusual.
- c) Desinhibición: hace referencia a las cualidades o experiencias sobre la búsqueda de experiencias sexuales y sociales mediante una actividad social constante y una cantidad variada de parejas sexuales.
- d) Susceptibilidad al aburrimiento: Se refiere a la baja tolerancia a situaciones monótonas o a gente pasiva, e intranquilidad cuando se está únicamente en un ambiente familiar por un tiempo prolongado.

### **2.2.5 Teoría de la Impulsividad Funcional y Disfuncional de Dickman**

Dickman, (2000) a partir de un estudio correlacional, distingue dos clases distintas de impulsividad. Por un lado, la Impulsividad Funcional (IF) que se relaciona con el entusiasmo, la toma de riesgos, altos niveles de actividad y audacia; y por otra parte, la Impulsividad Disfuncional (ID) que tiene que ver con conductas desordenadas e improductivas que no

conducen a beneficios para el individuo. Ambos tipos se integran, a su vez, en el constructo denominado Impulsividad Superior (IS).

El concepto de la Impulsividad Superior (IS) –que abarca tanto a la IF como a la ID– es entendido como la tendencia de determinados individuos, cuando son comparados con otras personas que poseen habilidades semejantes, a actuar rápidamente ante variadas situaciones. La IF, como se ha mencionado, se asocia al entusiasmo, búsqueda de aventuras y actividad. Este rasgo se caracteriza por un estilo de procesamiento rápido y efectivo donde los individuos se benefician por su actuar veloz. La ID, por otro lado, se muestra asociada a un comportamiento atropellado, que tiende al desorden y que no toma en cuenta todas las opciones presentes al momento de tomar decisiones. Esto se combina con la despreocupación por las consecuencias de los actos al no poder preverlas (Dickman, 1990).

La IF se encuentra asociada con la velocidad del procesamiento de la información en tareas atencionales, mientras que la ID no se diferencia por la velocidad sino por su susceptibilidad a las interferencias de tareas de este tipo.

De esta manera, se continúa con la concepción trazada por Eysenck. Ambos tipos de Impulsividad se correlacionan con Extroversión y Psicoticismo. Sin embargo, la IF se asocia más robustamente con Extroversión (Luke Smillie, 2006) y la ID con Psicoticismo. Ambas facetas, a su vez, se correlacionan débilmente entre sí (Gullo, 2011).

### **2.2.6 Teoría de los Subtipos de Impulsividad en el Grupo de Barratte.**

Es definida por este autor como la predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos, a pesar de las consecuencias

negativas que podrían tener estas tanto para la misma persona como para terceros (Moeller G. , 2001). La impulsividad es definida como una tendencia psicobiológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular.

Los individuos con alta impulsividad pueden ser analizados en:

A) Un nivel conductual, donde podría observarse una sensibilidad reducida a las consecuencias negativas desencadenadas por sus propios actos, así como una velocidad de reacción elevada que no permitiría un procesamiento adecuado de la información, tanto de estímulos internos como externos. Esto acarrearía una ausencia de consideración acerca del efecto de dicho acto a largo término.

B) A nivel social, se entiende la impulsividad como una conducta desarrollada en un ambiente familiar en el que el niño ha aprendido a reaccionar de modo rápido para la obtención de lo deseado. Dicha conducta implica riesgos y sus consecuencias no son consideradas por el individuo para sí mismo, ni para terceras personas (Moeller F. G., 2001).

Además Barrat propone 3 factores delimitados por ciertas características que definen y diferencian los distintos tipos de impulsividad:

1. El primer factor, mencionado como Impulsividad Motora, combina las dimensiones Motora y Perseverancia, distinguido por una tendencia general a actuar impulsado por emociones del momento.

2. El segundo factor, asignado como Impulsividad Atencional, combina las dimensiones Atención e Inestabilidad cognitiva. Los dos refieren a un escaso control sobre la intromisión de pensamientos y dificultades en la atención sostenida.

3. El tercer factor, denominado Impulsividad por Imprevisión, combina las dimensiones *Autocontrol* y *Complejidad cognitiva*. Es este un tipo de procesamiento del material apresurado que lleva a tomar decisiones rápidamente y sin planificación.

**Tabla 1. Modelos teóricos de la impulsividad**

<i>Tres grandes tipos de impulsividad presentes en los diferentes modelos teóricos</i>								
Definición de Impulsividad	Eysenck	Dickman	Gray	Cloninger	Zuckerman	Barratt	Whiteside y Lynam	NEO-PIR
Búsqueda activa de recompensas y evitación activa de la frustración. Refuerzo + y -	<i>Vitalidad</i> <i>Toma de riesgos</i>	<i>Impulsividad Funcional</i>	Actividad SAC Impulsividad Sensibilidad a las señales de recompensa y de frustración	BN subescala <i>Exploración</i>	<i>Búsqueda de aventuras</i>	<i>Impulsividad Motora</i>	<i>Búsqueda de Sensaciones</i> Mecanismos Refuerzo +	EXTROVERSIÓN puntuaciones altas en la subescala <i>Búsqueda de excitación</i>
Actuar rápido, sin atender a todas las opciones presentes en la situación. Baja previsión o conciencia de las consecuencias	<i>Impulsividad en sentido estricto</i> <i>Improvisación</i> <i>Toma de riesgos</i>	<i>Impulsividad Disfuncional</i>	----	BN <i>Impulsividad Extravagancia</i> <i>Desorden</i>	<i>Búsqueda de experiencias</i> <i>Desinhibición</i> <i>Tendencia al aburrimiento</i>	<i>Impulsividad por imprevisión</i>	<i>Falta de Premeditación</i> <i>Falta de Perseverancia</i>	CONCIENCIA Bajas puntuaciones en la subescala <i>Planificación</i>
Actuar compulsivo en búsqueda de alivio ante la tensión o estrés, aprendizajes de evitación activa mantenidos por Refuerzo -	----	----	Combinación actividad SIC y SAC Sensibilidad a las señales de recompensa y de frustración	----	----	<i>Impulsividad cognitiva-atencional</i>	<i>Urgencia</i>	NEUROTICISMO Altas puntuaciones en la subescala <i>Impulsividad</i>

Recuperado de

[http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/viewFile/57/47&a=bi&pagenumber=1&w=100](http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/viewFile/57/47&a=bi&pagenumber=1&w=100)

### **2.3 Trastorno del control de impulsos**

La clasificación DSM-III incorporó por primera vez una sección, “cajón de sastre”, donde integra a los “trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados”. Dentro de estos, encontramos cuadros como la cleptomanía, piromanía, juego patológico, trastorno explosivo intermitente (Merola, 2015). Los TCI de la DSM-IV-TR engloban a los siguientes trastornos: ludopatía, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía y trastorno explosivo intermitente (Merola, 2015).

El DSM-5 integró por primera vez en un mismo grupo diagnóstico los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de la conducta. Englobó en el mismo epígrafe el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, los trastornos de conducta (disocial), el trastorno antisocial de la personalidad, la piromanía y la cleptomanía. (Merola, 2015). Se justifica esta agrupación bajo el argumento de que comparten problemas de autocontrol de tipo emocional y conductual, manifestado por comportamientos que operan en contra de los derechos de los demás y los llevan a entrar en conflicto con las normas establecidas por la sociedad y la autoridad.

### **2.4 La impulsividad y las adicciones**

Verdejo (2008) identifica a la impulsividad como una de las variables más fuertemente vinculadas al contacto prematuro con las drogas, la reproducción del consumo y al avance de la adicción. Tanto el tipo impulsivo como no impulsivo son fuertes determinantes de cualidades, intereses, hábitos y formas de actuar. Durante décadas se han identificado los correlatos conductuales de estos constructos, entre estos, el uso de alcohol y de sustancias ilegales (Schmitt, 2007).

Se dice que los pacientes adictos poseen un alto grado de sensibilidad y la dificultad del aplazamiento de los refuerzos positivos, lo que hace que sean incapaces de retrasar o no permitir una respuesta. "Un alto grado de sensibilidad a dichos refuerzos positivos, por pequeños que sean, junto a una incapacidad de inhibición, inducen apetencia o «craving» de estimulación con dificultad de control" (Papachristou, 2012, pág. 146).

Por consiguiente, en el comportamiento impulsivo hay una urgencia positiva impulsada por un estado de presión que acarrea a la acción y gratificación resultada de un estado de estrés o ansiedad en donde la acción conduce a la liberación de tensión (Koob, 2011). En esta situación Koob (2010) hace referencia a la compulsión, que puede constituir un proceso primario en la cadena del progreso del comportamiento adictivo.

En un estudio realizado por Adan (2012) en población clínica con adicción al alcohol, se encontró diferencias significativas en la impulsividad disfuncional, presentándose esta en mayor medida en hombres frente al grupo de mujeres. Además, se encontró un efecto significativo entre la interacción del alcohol frente a la impulsividad. Este es un factor importante ya que la impulsividad disfuncional se considera un marcador de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos adictivos (Pedrero, 2009).

Esther Calvete y Ana Estévez (2009) realizaron un estudio que evaluó la relación entre estrés, esquemas cognitivos, impulsividad y consumo de drogas. Los resultados arrojados demostraron que la interacción de impulsividad y estresores se asocia de manera significativa al consumo. Además hallaron que la relación entre los eventos estresantes y el consumo de drogas se mostraron prevalentes entre las personas con un estilo de conducta no impulsivo. Por lo tanto, los acontecimientos estresantes representan un factor de riesgo y su

influencia parece estar afectada por el estilo, más o menos impulsivo, de afrontamiento de los mismos.

La impulsividad disfuncional puede representar una disposición a nivel neurológico y de tipo comportamental previo a la adicción, razón por la cual se le considera predisponente a la misma (Antonio Verdejo, 2008).

### **3. CAPÍTULO III: El Suicidio**

El suicidio es un tema de gran interés en el ámbito de la salud mental, y por lo tanto, en el campo de las adicciones. Es por ello, que se ha tomado en cuenta como una variable importante a considerar dentro de este estudio descriptivo. Se indagará dentro de temas como la clínica del suicidio y se abordarán las diferencias existentes entre las teorías unidimensionales y multidimensionales con la finalidad de buscar una aclaración a la disyuntiva existente entre estas.

#### **3.1 Definiciones y clínica del suicidio.**

El suicidio es el acto de quitarse la vida voluntariamente. Además, presenta ideación suicida conjuntamente con el acto autolítico. En el suicida se manifiestan tres variables principales (Ana Gutiérrez García C. C., 2006):

- a) El suicidio consumado
- b) Los intentos de suicidio altamente riesgosos, sin embargo, fallidos junto con la intención y la planificación del acto y;
- c) Los intentos que representan un riesgo y letalidad baja, los cuales generalmente están relacionados con eventos psicosociales graves.

#### **Intento de suicidio**

La organización mundial de la salud (OMS) ha definido el intento de suicidio como:

Un acto sin resultados fatales, en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, sin intervención de otros, podría causar autolesiones; o una sobre ingesta deliberada de medicación prescrita o de la dosis terapéutica

generalmente aceptada con el propósito de que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas o esperadas. (Basile, 2009)

### **3.2 Teorías Explicativas**

En revisiones realizadas, se han recopilado varias teorías y modelos explicativos asociados al fenómeno suicida y sus posibles explicaciones. Esta recopilación se dividirá en teorías multidimensionales y unidimensionales.

#### **3.2.1 Teorías Unidimensionales**

##### **3.2.1.1 Teoría Psiquiátrica**

Esta perspectiva comprende al suicidio y lo esquematiza como un síntoma de un cuadro psicopatológico mental. Achille-Delmas (1932) propuso su teoría que gira en torno a tres ejes centrales:

- 1) Toda conducta o acto suicida implica la existencia de un trastorno mental
- 2) El suicidio es un síntoma, mas no un trastorno y;
- 3) Está ligado a una ansiedad orgánica.

Esta perspectiva fue refutada por Dshaies (1947), quien expuso que la conclusión era errónea debido a que se basaba en el falso argumento de que "si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales" (Sarró, 1991, pág. 198). Por lo que el autor rechazó la teoría como válida.

### **3.2.1.2 Teoría Social**

Uno de sus exponentes más reconocidos es Durkheim, por su libro *El suicidio* publicado en el año 1897. El autor propone que la conducta suicida es el resultado de la interacción entre hechos sociales, las motivaciones individuales y el interior de cada persona (Alaszemski y Manthorpe, 1995).

Existen dos clases de causas sociales a las que se puede atribuir una influencia sobre los suicidios, estas son las condiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza ambiental. Pudiera ocurrir que a nivel individual, en la constitución de una clase de individuos, existiera una tendencia de intensidad que es sensible a variar según las razas, que direcciona al hombre al suicidio; además, el clima, la temperatura, etc. pueden, debido a la forma con que actúan en el organismo, tener efectos similares (Durkheim, 1992).

### **3.2.1.3 Teoría Psicoanalítica**

María Aranguren (2004), en el congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, expone que en la teoría Freudiana encontramos una aproximación a cierta explicación psicodinámica del suicidio. A pesar de que la obra de Freud no dedicara su estudio a este tema, se pueden identificar a lo largo de su trabajo varias referencias y menciones asociadas al suicidio, las cuales se han manifestado dentro de conferencias de psicopatología. La primera mención que hace el autor acerca del suicidio, se encuentra en *Psicopatología de la vida cotidiana* escrito en el año 1901, donde hace referencia al suicidio como el desenlace de un conflicto psíquico. Además, propone que los daños casuales poseen una determinación inconsciente auto-punitiva, la cual tiende a exteriorizarse en los pacientes neuróticos a través de auto-reproches.

A partir de 1917, en su obra *Duelo y Melancolía*, Freud establece las diferentes fuerzas psicodinámicas que toman partido en la etiología de la melancolía. Postula que para que ésta se desarrolle, se deben dar las siguientes premisas básicas:

- a) Pérdida del objeto de amor (real o imaginaria);
- b) Ambivalencia en el sujeto, cuya génesis puede ser constitucional o provocada por la amenaza de pérdida del objeto. Y por último;
- c) Regresión de la libido al “yo” por identificación narcisista con el objeto perdido.

Los autorreproches, las constantes críticas del sujeto hacia sí mismo, las conductas auto-agresivas y la hostilidad del cual el “yo” es objeto, son indicios del sadismo vuelto sobre el propio yo, por introyección del objeto, lo que, según Freud, revela el enigma de la inclinación al suicidio en esta enfermedad (Aranguen, 2004).

Por último, al mencionar la melancolía y su relación con el suicidio, Freud en el año 1923 acota que se encuentra un superyó hipertenso “que ha arrastrado hacia sí a la conciencia, se abate con furia inmisericorde sobre el yo, como si se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo” (Freud, 1923, pag.96). La formación de este superyó hipertenso incluirá entonces dos factores esenciales: En primer lugar, la cantidad de agresividad primaria en el sujeto; y por el otro, la identificación con el arquetipo paterno interviniente en la formación del superyó (Aranguen, 2004).

#### **3.2.1.4 Teoría Cognitiva**

Es la teoría más reciente y su principal representante es Aaron Beck, el autor del libro *Terapia cognitiva de la depresión* publicado en el año 1983. Para el autor, la ideación suicida surge como una expresión intensa del deseo de escapar de conflictos o situaciones que la persona concibe como insufribles o irresolubles. En dicha situación, el sujeto puede llegar a crear un auto-concepto y visión propia de ser una carga inútil, por lo que la muerte se concibe como la mejor alternativa para el ambiente y para sí mismo dentro de su esquema cognitivo distorsionado (Ramos, 2013).

### **3.2.2 Teorías Multidimensionales**

#### **3.2.2.1 Modelo Arquitectónico de Mack**

Mack en el año 1986 postuló un modelo orientado a explicar el suicidio en adolescentes. Sin embargo, por su amplitud teórica y su visión holística del fenómeno, se consideró aplicable al suicidio en general. Dicha explicación consta de ocho ejes centrales, que actúan como factores causales de la conducta suicida (Ramos, 2013):

1) El macrocosmos, que se explica como la influencia que ejerce la cultura, la actividad económica, los factores sociopolíticos y el sistema educativo sobre el comportamiento suicida;

2) La vulnerabilidad biológica y los factores genéticos existentes;

3) Las experiencias tempranas, y la influencia que estas ejercen durante los primeros años de vida de la persona;

- 4) Dimensiones de personalidad, su composición y la autoestima del individuo;
- 5) Relaciones interpersonales del sujeto que consta de relaciones tanto sociales como familiares;
- 6) Psicopatología existente que predisponga la aparición de cuadros depresivos;
- 7) La ontogenia, la cual se entiende como la relación entre el desarrollo y la muerte ya que cada persona la concibe de manera diferente. Y por último;
- 8) Circunstancias vitales biológicas, sociales, familiares entre otros, que pueden actuar como factores precipitantes.

### **3.2.2.2 Modelo de Sobreposición de Blumenthal**

En el año de 1990, Blumenthal señala las siguientes características globales y comunes relacionadas a la conducta suicida. Lo recoge González en su estudio:

- 1) El objetivo del suicidio es buscar una solución;
- 2) El objetivo es el cese de la conciencia;
- 3) El factor causal es el sufrimiento psicológico intolerable;
- 4) Las necesidades psicológicas no satisfechas y frustradas son los principales estresores;
- 5) El estado emocional primordial en el suicidio es la indefensión-desesperanza;
- 6) Se caracteriza por un estado cognitivo ambivalente;

- 7) La constricción es el estado perceptual característico;
- 8) Las acciones más recurrentes en el acto suicida es la huida, la hostilidad y el ejercicio de la justicia mediante la inculpación;
- 9) La forma más utilizada de actuar en el ámbito interpersonal, es la comunicación de la intención;
- 10) El acto suicida es congruente con los patrones de afrontamiento a lo largo del ciclo vital (González, 1997).

### **3.2.2.3 Modelo del Cubo Suicida de Shneidman**

En este modelo se teorizan tres variables psicológicas encontradas en la conducta suicida:

- 1) El dolor.
- 2) La perturbación.
- 3) La presión.

El autor diseñó una escala de valoración para cada una de las variables que arroja puntajes desde el 1 (el estado óptimo) hasta el 5 (gravedad alta). Con relación al apartado de “dolor”, hace referencia al dolor psicológico, que es el resultado de la frustración debido a que el sujeto no puede satisfacer determinadas necesidades psicológicas. Además, define como “perturbación” al estado de alteración que presentan los individuos, y engloba la constricción de la percepción y la impulsividad. Por último, llama “presión” a los aspectos internos y ambientales que afectan al individuo (Bobes Garcia, 1977).

### **3.2.3 Modelos Explicativos Actuales**

#### **3.2.3.1 Modelo de Estrés-diátesis**

Mann describe este modelo en el año 1999. Está basado en el supuesto básico de que las características de algunos individuos causan reacciones peculiares frente a determinados estímulos del ambiente. Es decir, el autor sostiene que el suicidio está determinado por dos variables: el estresor (un cuadro psiquiátrico) y la diátesis. Esta última explicada como una predisposición del sujeto (tendencia a la ideación y conductas suicidas, agresividad o impulsividad y desesperanza) (Ana Gutiérrez García, 2006). Al cumplirse estas dos condiciones, se considera que el sujeto tiene probabilidades de cometer suicidio.

#### **3.2.3.2 Modelo del Suicidio como Proceso**

Van Heeringen (2003) establece una secuencia evolutiva fundamentada en las características de personalidad, y la interacción de estas con el medio ambiente. El autor habla del suicidio como un proceso que comprende determinadas fases. Inicia en el momento en el que toman partida los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, y continúa con los intentos iniciales que aumentan paulatinamente en letalidad hasta lograrlo. Es decir, el suicidio como proceso consta de la ideación suicida, los actos suicidas sin efecto de muerte y los suicidios consumados.

Los dos modelos se centran en la idea de que no es posible separar la influencia que ejercen los rasgos de personalidad del ambiente social. Estos supuestos apoyan que las variables mencionadas, definen el impacto que sufren los individuos ante las adversidades de

la vida. Es importante también tener en cuenta otros factores como las enfermedades médicas o lesiones graves, ya que en diversas investigaciones se concluye que están presentes entre el 25% y el 75% de las víctimas de suicidio (Roy, 1995).

### **3.2.3.3 La Neurobiología del Suicidio**

La evidencia existente acerca de cómo las alteraciones del sistema de neurotransmisión de la serotonina cumplen un importante papel en el origen del suicidio, se remonta a trabajos del grupo de Asberg y colaboradores; quienes comprobaron que el contenido del principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA), se encuentra en menor cantidad en el líquido cefalorraquídeo de sujetos con intentos de suicidio (Ana Gutiérrez García C. C., 2008).

Se ha buscado disfunciones de otros sistemas de neurotransmisión, como el dopaminérgico y el noradrenérgico, con resultados inconstantes. Por ejemplo, en un estudio de meta análisis en pacientes psiquiátricos se compararon los niveles de 5-HIAA con los metabolitos de la dopamina (el ácido homovanílico, HVA) y de la noradrenalina (el 4-hidroxi-3-metoxifenilglicol, MHPG) en el líquido cefalorraquídeo. Se concluyó que solamente el metabolito de la serotonina está disminuido en el líquido cefalorraquídeo tanto en quienes intentaron suicidarse como en aquellos que consumaron el suicidio empleando métodos violentos (Ana Gutiérrez García C. C., 2008).

## **3.3 El suicidio asociado al consumo de sustancias**

Ocampo y colaboradores (2017) afirman que entre los principales factores de riesgo para el suicidio, el que ha recibido mayor atención y en el que se han enfocado más estudios epidemiológicos, es la existencia de psicopatología. Se estima que del 90 a 98% de los

individuos que presentan un intento autolítico, presentaba algún trastorno mental diagnosticado en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). De este grupo, el 46% de las personas padecían un trastorno de la personalidad, especialmente los trastornos límite, antisocial y obsesivo-compulsivo. Dentro del eje I, los trastornos que preponderan son el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de sustancias. El riesgo para presentar la conducta suicida en la población de este último cuadro mencionado es 2.6 veces mayor frente a los sujetos que no presentan consumo de sustancias.

Entre las sustancias que se utilizan con más frecuencia en personas con conducta suicida, se encuentran el alcohol, cannabis, sedantes, estimulantes y opioides. Sin embargo, se cree que la relación entre estas dos variables no se encuentra en el tipo de sustancias consumidas; es el número de ellas lo que incrementa dicho riesgo. Por otro lado, en estudios epidemiológicos se ha encontrado que el consumo de sustancias predice por sí sólo el comportamiento suicida de manera consistente (Henriksson S, 1996).

El estudio realizado por Ocampo (2017) –cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el consumo, el número de sustancias y la presentación del suicidio– afirma que de manera general, el suicidio es más frecuente en los hombres, alcanzando un porcentaje de 9.1% de la población, mientras que las mujeres se sitúan únicamente en el 7%. Además, se encontró que las muertes por suicidio fueron más frecuentes en el grupo de edad de 29 a 39 años, lo que representa un 28% de la muestra. Así mismo, la probabilidad de fallecer por suicidio aumentó a medida que incrementó el número de sustancias, tanto en hombres como en mujeres.

En un estudio realizado por Roberto Rodríguez y colaboradores (2004), en el que se incluyen pacientes que acudieron al servicio de emergencias por conducta suicida, se encontró que el 100 % de los pacientes padecían trastornos psiquiátricos o relacionados; encontrándose entre estos: trastornos de adaptación con un porcentaje del 34,2 %; trastornos de personalidad en un 19,4 %; y el abuso o dependencia de alcohol con el 16,2%. En cuanto a la edad, se determinó que en el rango de entre 15 a 30 años hubo mayor frecuencia de conducta suicida. En relación con el estado civil, predominó en las personas sin pareja (67.7%); divorciados (30.4%); solteros (35,1 %); seguidos por los casados, representando al 19,7 % de la muestra.

Se estima que un 40% de los pacientes con alcoholismo intenta cometer suicidio y aproximadamente el 7% mueren por esta causa. Encontramos, dentro de la asociación de estas dos variables, usualmente a varones solteros o divorciados con indicios de trastornos del estado de ánimo durante la adolescencia (Juan Carlos Martínez, 2009).

Carlos Gómez y colaboradores (2017) estudiaron los factores asociados al suicidio mediante el cuestionario de CAGE. Los resultados reflejaron que un 10,1% de los participantes presentaban un alto riesgo a presentar alcoholismo y que el 7,0% padecía alcoholismo, con una prevalencia del 17,03% para la población descrita. Cuando existe alto riesgo de alcoholismo, los intentos de suicidio incrementaron a un 5,9%.

Borges (2010) afirma que cumplir con los criterios para uno o más trastornos mentales es un factor de riesgo relevante para los comportamientos suicidas. En su estudio, realizado en una población adulta de México, se encontró que el 75.41% posee algún trastorno mental, siendo los hombres quienes muestran mayor prevalencia: 79.14% frente a 73.71% en las

mujeres. En cambio, se encontró que los trastornos por ansiedad son más frecuentes en las mujeres adultas con un intento de suicidio, llegando a representar un 56.74%; mientras que en los varones se encuentra mayoritariamente trastornos por sustancias, con un 70%.

#### **4. Metodología**

El siguiente estudio es exploratorio, descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

Estuvo conformado por todo el universo de pacientes que se encontraban cursando el programa de adicciones en el Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho” en el mes de Marzo y Abril del año 2017, quienes además cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de Inclusión**

- Edad cronológica entre los 18 a 85 años de edad.
- Pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho” (CRA) en el área de adicciones.
- Pacientes de sexo masculino.
- Pacientes diagnosticados previamente con Trastorno de Dependencia a Sustancias.
- Haber firmado voluntariamente la carta de consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con retardo mental o deterioro cognitivo grave.
- Pacientes menores a 18 años
- Pacientes del área de psiquiatría.
- Pacientes ambulatorios

Las valoraciones necesarias se llevarán a cabo mediante la siguiente batería de test:

- **Riesgo Suicida de Plutchick**

Es un instrumento auto-aplicado que busca evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza, además de otros factores relacionados con los intentos suicidas. Se encuentra compuesto por 26 ítems que se califican con opciones de sí o no. Cuenta con una confiabilidad de 0.84 en el Alfa de Cronbach y los autores proponen un punto de corte de 8 puntos con una sensibilidad y especificidad de 68%. La validación de la versión española redujo la escala a 15 ítems. El análisis factorial muestra cuatro factores significativos: sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales. Los autores propusieron un punto de corte de 6, con una sensibilidad y especificidad de 88% para distinguir entre controles y pacientes con intento de suicidio. La confiabilidad en la validación española fue mayor en el Alfa de Cronbach, llegando al 0.90 y la confiabilidad test-retest en 72 horas a 0.89.

- **Escala de Impulsividad de Plutchick**

Esta escala pretende determinar la presencia o ausencia de impulsividad mediante la valoración de 15 ítems, con 4 opciones de respuesta (nunca, a veces, a menudo, y casi siempre) los cuales se puntúan respectivamente con valores desde el 0 al 3. El valor final se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems, por lo tanto oscilan entre el 0 y el 45. Es un instrumento válido y fiable ya que cuenta con una consistencia interna del 0.713, obtenida mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach.

- **SPSS**

El programa es un software que permite analizar y procesar datos, además de generar salidas y gráficos. Es útil cuando se necesita trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis. En la versión 12 de SPSS se podían realizar análisis con 2 millones de registros y 250.000 variables.

## 5. Resultados

**Tabla 2. Prevalencia de Impulsividad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ausencia de Impulsividad	26	54.2%	54.2%
Presencia de Impulsividad	22	45.8%	100%
Total	48	100%	

Tal como se presenta en la Tabla 2, de los 48 participantes que conforman la muestra total de la investigación, 26 (54.2%) obtuvieron un puntaje equivalente a ausencia de impulsividad, mientras que los 22 (45.8%) restantes obtuvieron presencia de impulsividad.

**Tabla 3. Prevalencia de riesgo suicida**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ausencia de Riesgo Suicida	35	72.9%	72.9%
Presencia de Riesgo Suicida	13	27.1%	100%
Total	48	100%	

Como se muestra en la Tabla 3, se encontró que 35 (72.9%) participantes no presentaron riesgo suicida, mientras que los 13 (27.1%) restantes obtuvieron puntajes que indican presencia de dicha variable.

**Tabla 4. Relación entre impulsividad y riesgo suicida**

		Riesgo suicida		Total
		Ausencia	Presencia	
Impulsividad	Ausencia	22 45.8%	4 8.3%	26 54.2%
	Presencia	13 27.1%	9 18.8%	22 45.8%
Total		35 72.9%	13 27.1%	48 100.0%

Al examinar conjuntamente las variables “impulsividad” y “riesgo suicida” se encontró que de las 48 personas evaluadas, 22 (45.8%) obtuvieron tanto ausencia de impulsividad como de riesgo suicida. Además se encontró que 13 participantes (27.1%) presentan impulsividad y ausencia de riesgo suicida. Asimismo, se logró identificar que 4 (8.3%) de los evaluados presentaron ausencia de impulsividad y presencia de riesgo suicida; y finalmente se aprecia que 9 (18.8%) exhibieron presencia de impulsividad conjuntamente con riesgo suicida.

**Tabla 5. Relación entre impulsividad y edad cronológica**

		Edad			Total
		18-35	36-59	60 o más	
Impulsividad	Ausencia	18 37.5%	7 14.6%	1 2.1%	26 54.2%
	Presencia	13 27.1%	6 12.5%	3 6.3%	22 45.8%
Total		31 64.6%	13 27.1%	4 8.3%	48 100.0%

Al analizar la variable “impulsividad” en relación a la edad cronológica, encontramos que de las 48 personas evaluadas, 22 (45.8%) presentan impulsividad, de los cuales 13 (27.1%) se

ubican entre los 18 y 35 años; 6 (12.5%) entre los 36 y 59 años; y los últimos 3 (6.3%) comprendían edades superiores a los 60 años. Esto nos demuestra que existe mayor presencia de impulsividad en aquellos que se encuentran cursando la etapa de la adultez temprana, tendencia que disminuye durante la adultez media y tardía.

**Tabla 6. Relación entre riesgo suicida y edad cronológica**

		Edad			Total
		18-35	36-59	60 o más	
Riesgo Suicida	Ausencia	24 50.0%	9 18.8%	2 4.2%	35 72.9%
	Presencia	7 14.6%	4 8.3%	2 4.2%	13 27.1%
Total		31 64.6%	13 27.1%	4 8.3%	48 100.0%

En cuanto a la relación existente entre la variable “riesgo suicida” y la edad de los participantes, se logró identificar que de los 13 (27.1%) evaluados que obtuvieron presencia de riesgo suicida, 7 (14.6%) se encontraban entre los 18 y 35 años; 4 (8.3%) tenían edades entre los 36 y 59 años y únicamente 2 (4.2%) tenían edades superiores a los 60 años de edad. Es necesario señalar que la frecuencia más alta de riesgo suicida se encuentra en la etapa de adultez temprana, la misma que disminuye en la adultez media y tardía.

**Tabla 7. Relación entre riesgo suicida y estado civil**

		Estado Civil				Total
		Casado	Soltero	Divorciado	Unión Libre	
Riesgo Suicida	Ausencia	26 54.2%	5 10.4%	2 4.2%	2 4.2%	35 72.9%
	Presencia	6 12.5%	5 10.4%	1 2.1%	1 2.1%	13 27.1%
Total		32 66.7%	10 20.8%	3 6.3%	3 6.3%	48 100.0%

Como indica la Tabla 7, se encontró que de la muestra total de participantes; 35 (72.9%) no presentaron riesgo suicida. Además se halló que de los 13 (27.1%) pacientes que obtuvieron presencia de riesgo suicida; 6 (12.5%) se encuentran casados; 5 (10.4%) solteros; 1 (2.1%) divorciado y 1 (2.1%) en unión libre.

**Tabla 8. Relación entre impulsividad y estado civil**

		Estado Civil				Total
		Casado	Soltero	Divorciado	Unión Libre	
Impulsividad	Ausencia	17 35.4%	6 12.5%	1 2.1%	2 4.2%	26 54.2%
	Presencia	15 31.3%	4 8.3%	2 4.2%	1 2.1%	22 45.8%
Total		32 66.7%	10 20.8%	3 6.3%	3 6.3%	48 100.0%

Al relacionar la variable “impulsividad” con el estado civil de los participantes, se encontró que de la muestra total (48); 26 (54.2%) no presentaron impulsividad. Por otro lado, de los 22 (45.8.1%) participantes que obtuvieron presencia de impulsividad, se identificó que 15 (31.3%) se encuentran casados; 4 (8.3%) solteros; 2 (4.2%) divorciados y 1 (2.1%) en unión libre.

**Tabla 9. Relación entre riesgo suicida y sustancia de consumo**

		Sustancia				Total
		Alcohol	Cannabis	Cocaína	Policonsumo	
Riesgo Suicida	Ausencia	18 37.5%	4 8.3%	4 8.3%	9 18.8%	35 72.9%
	Presencia	8 16.7%	1 2.1%	1 2.1%	3 6.3%	13 27.1%
Total		26 54.2%	5 10.4%	5 10.4%	12 25.0%	48 100.0%

En cuanto a el análisis entre la variable “riesgo suicida” y el tipo de sustancia que consumen los participantes, se logró determinar que de los 48 evaluados, 35 (72.9%) no presentaron riesgo suicida. En cambio, 13 (27.1%) sí lo presentaron. Dentro de este subgrupo, se encontró que 8 (16.7%) consumían alcohol, 1 (2.1%) cannabis, 1 (2.1%) cocaína y 3 (6.3%) eran poli consumidores.

**Tabla 10. Relación entre impulsividad y sustancia de consumo**

		Sustancia				Total
		Alcohol	Cannabis	Cocaína	Policonsumo	
Impulsividad	Ausencia	13 27.1%	2 4.2%	3 6.3%	8 16.7%	26 54.2%
	Presencia	13 27.1%	3 6.3%	2 4.2%	4 8.3%	22 45.8%
Total		26 54.2%	5 10.4%	5 10.4%	12 25.0%	48 100.0%

Al cruzar la variable “impulsividad” con los diferentes tipos de sustancias que consumen los participantes, se obtuvo que de la muestra total, 26 (54.2%) no presentaron impulsividad. En cambio, de los 22 (45.8%) evaluados que tienen presencia de impulsividad; 13 (27.1%) consumen alcohol, 3 (6.3%) cannabis, 2 (4.2%) cocaína y 4 (8.3%) son policonsumidores.

**Tabla 11. Relación entre riesgo suicida y patología dual**

		Patología Dual				Total
		Ninguna	Depresión Mayor	Esquizofrenia	Trastorno Psicótico no especificado	
Riesgo Suicida	Ausencia	33 68.8%	1 2.1%	1 2.1%	0 0.0%	35 72.9%
	Presencia	7 14.6%	4 8.3%	1 2.1%	1 2.1%	13 27.1%
Total		40 83.3%	5 10.4%	2 4.2%	1 2.1%	48 100.0%

Como se puede apreciar en la Tabla 11, del total de la muestra (48), 8 participantes (16.7%) presentan patología dual, de los cuales, 6 (12.5%) obtuvieron presencia de riesgo suicida. De este subgrupo, 4 (8.3%) presentan Depresión Mayor; 1 (2.1%) Esquizofrenia y 1 (2.1%) presenta un Trastorno psicótico no especificado. Además, se encontró que 2 (4.2%) de las personas que poseen patología dual no presentan riesgo suicida.

**Tabla 12. Relación entre impulsividad y patología dual**

		Patología Dual				Total
		Ninguna	Depresión Mayor	Esquizofrenia	Trastorno Psicótico no especificado	
Impulsividad	Ausencia	22 45.8%	2 4.2%	1 2.1%	1 2.1%	26 54.2%
	Presencia	18 37.5%	3 6.3%	1 2.1%	0 0.0%	22 45.8%
Total		40 83.3%	5 10.4%	2 4.2%	1 2.1%	48 100.0%

En cuanto a la relación entre impulsividad y patología dual, se logró identificar que de los 8 (16.7%) participantes que tienen patología dual, 4 presentan impulsividad. De estos 4, 3

(6.3%) tienen Depresión Mayor y 1 (2.1%) Esquizofrenia. Con respecto a los 4 participantes que presentan patología dual sin impulsividad, se ha determinado que 2 (4.2%) tienen Depresión Mayor, 1 (2.1%) Esquizofrenia y 1(2.1%) presenta un trastorno psicótico no especificado.

**Tabla 13. Relación entre riesgo suicida y nivel de instrucción**

		Instrucción			Total
		Primaria	Secundaria	Superior	
Riesgo Suicida	Ausencia	1	26	8	35
		2.1%	54.2%	16.7%	72.9%
	Presencia	1	8	4	13
		2.1%	16.7%	8.3%	27.1%
Total		2	34	12	48
		4.2%	70.8%	25.0%	100.0%

Como se puede apreciar en la Tabla 13, de la muestra total de 48 pacientes, 35 (72.9%) no presentan riesgo suicida. De este subgrupo, 1 (2.1%) alcanzó la instrucción primaria; 26 (54.2%) la secundaria y 8 (16.7%) el nivel superior. Por otro lado, 13 (27.1%) participantes sí presentaron riesgo suicida; de ellos, 1 (2.1%) tiene instrucción primaria; 8 (16.7%) secundaria y 4 (8.3%) llegaron a la instrucción superior.

**Tabla 14. Relación entre impulsividad y nivel de instrucción**

		Instrucción			Total
		Primaria	Secundaria	Superior	
Impulsividad	Ausencia	1 2.1%	19 39.6%	6 12.5%	26 54.2%
	Presencia	1 2.1%	15 31.3%	6 12.5%	22 45.8%
Total		2 4.2%	34 70.8%	12 25.0%	48 100.0%

Como se evidencia en la Tabla 14, de los 48 participantes, 26 (54.2%) no presentan impulsividad. De este subgrupo 1 (2.1%) alcanzó la instrucción primaria; 19 (39.6%) la secundaria y 6 (12.5%) el nivel superior. Por otro lado, 22 (45.8%) participantes sí presentaron impulsividad; de ellos, 1 (2.1%) tiene instrucción primaria; 15 (31.3%) secundaria y 6 (12.5%) llegaron a la instrucción superior.

**Tabla 15. Relación entre impulsividad y el número de internamiento**

		Número de Internamiento			Total
		1	2	3 o más	
Impulsividad	Ausencia	18 37.5%	6 12.5%	2 4.2%	26 54.2%
	Presencia	16 33.3%	4 8.3%	2 4.2%	22 45.8%
Total		34 70.8%	10 20.8%	4 8.3%	48 100.0%

Con respecto a la prevalencia de impulsividad y al número de internamientos, se encontró que de los 48 pacientes evaluados, 22 (45.8%) presentan impulsividad, de los cuales 16 (33.3%) se encuentran cursando su primer internamiento; 4 (8.3%) su segundo y 2 (4.2%) han estado internados en tres o más ocasiones.

**Tabla 16. Relación entre riesgo suicida y el número de internamiento**

		Número de Internamiento			Total
		1	2	3 o más	
Riesgo Suicida	Ausencia	27 56.3%	7 14.6%	1 2.1%	35 72.9%
	Presencia	7 14.6%	3 6.3%	3 6.3%	13 27.1%
Total		34 70.8%	10 20.8%	4 8.3%	48 100.0%

En relación a la prevalencia de riesgo suicida y al número de internamientos, se halló que de la muestra total (48), 13 (27.1%) presentaron riesgo suicida, de los cuales 7 (14.6%) se encuentran cursando su primer internamiento; 3 (6.3%) su segundo y 3 (6.3%) han estado internados en tres o más ocasiones.

## 6. Discusión de Resultados y Conclusiones

Desde lo expuesto a lo largo del estudio, los resultados muestran principalmente que un 45.8% de la muestra total presenta impulsividad, corroborando con los resultados de un estudio realizado por Adan (2012) en población clínica con adicción a sustancias, en la cual encontró una relación significativa entre la interacción de sustancias adictivas como el alcohol, frente a la impulsividad. Además, en el estudio de Pedrero (2009), se halló igualmente que la población con trastorno por consumo de sustancias presentaba un porcentaje altamente significativo de impulsividad disfuncional en comparación con la población no clínica. Así mismo, Esther Calvete y Ana Estévez (2009) demostraron en su estudio que la interacción de impulsividad y estresores se asocia de manera significativa al consumo. Por lo tanto concluyeron que los acontecimientos estresantes representan un factor de riesgo y su influencia parece estar afectada por el estilo, más o menos impulsivo de afrontamiento de los mismos. Sin embargo, no se encontraron investigaciones con valores estadísticos concluyentes que corroboren o discrepen con los valores obtenidos en la presente investigación.

Además, se encontró que el 27.1% de la muestra total, presentó riesgo suicida. Carlos Gómez y colaboradores (2017) encontraron que el 17.03% de los participantes de su investigación, los cuales tenían intentos suicidas previos, presentaban además un consumo problemático de alcohol. En otro estudio realizado por Roberto Rodríguez y colaboradores (2004), donde fueron atendidos pacientes que acudieron al servicio de emergencias por conducta suicida, se encontró que el 16.2% presentaban abuso o dependencia de alcohol. Por lo que se constata que existe una relación estrecha entre estas dos variables además de

que el alcohol, al igual que en los resultados de nuestra investigación, es la sustancia más utilizada.

Por otro lado, Ocampo y colaboradores (2009) afirman que entre un 90% y 98% de las personas que han tenido un intento autolítico, presentan además algún trastorno mental diagnosticado en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Dentro de esa misma población, los trastornos predominantes fueron el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de sustancias; y concluyeron que el riesgo de presentar conducta suicida es 2.6 veces mayor frente a los sujetos que no presentan consumo de sustancias y que este aumenta a medida que incrementa el número de sustancias consumidas. En nuestro estudio se encontró que únicamente el 27.1% presentan riesgo suicida adicional al trastorno por consumo de sustancias, y únicamente el 12.5% de los participantes presentaban patología dual además de riesgo suicida, discrepando así de los valores encontrados en la investigación previamente señalada.

Por otro lado, en el estudio de Cano y colaboradores (2011), se halló que aquellos pacientes que han sufrido recientemente una recaída son los que mayor puntuación obtienen de impulsividad, lo que muestra la relevancia de este aspecto clínico al momento de abordar el tratamiento psicológico o farmacológico para las recaídas. Sin embargo, en este estudio se encontró que del 45.8% de la muestra que presenta impulsividad, el 33.3% se encuentran cursando su primer internamiento; el 8.3% su segundo y el 4.2% han presentado 3 o más recaídas, lo que contradice lo previamente expuesto por Cano y colaboradores.

En cuanto a la relación entre edad cronológica, impulsividad y riesgo suicida, se obtuvo como resultado que en ambos casos se encuentra mayor porcentaje en el rango que va entre los 18 y 35 años de edad, y que estas dos variables disminuyen considerablemente

durante la adultez media y tardía. Por lo que se puede concluir que la población joven se encuentra más propensa a presentar dichas variables. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Ocampo y colaboradores (2009) en su investigación, ya que señalan que la mayor frecuencia de suicidio bajo la influencia de sustancias se encuentra entre los 20 y 39 años. Además, al analizar las sustancias que se utilizan con más frecuencia en personas con conducta suicida, encontraron que la más común era el alcohol, seguido por cannabis, sedantes, estimulantes y opioides. Estos resultados son similares a los encontrados en el presente estudio, ya que del 27.1% que presentaban riesgo suicida, el 16.7% consumía alcohol, 2.1% cannabis, 2.1% cocaína y el 6.3% eran policonsumidores. Sin embargo, Borges (2010) señala en su estudio que lo que realmente incrementa el riesgo suicida no es el tipo de sustancia, sino el número de sustancias que se consumen.

La investigación realizada arrojó además los siguientes resultados con relación al estado civil: del 27.1% de pacientes que obtuvieron presencia de riesgo suicida; el 12.5% se encuentran casados; el 10.4% solteros; 2.1% divorciados y el 2.1% en unión libre. Sin embargo, Ocampo y colaboradores (2009), en los resultados de su estudio, afirman que el riesgo suicida predominó en las personas sin pareja con un 67.7% mientras que los casados alcanzaron únicamente el 19,7 %. No se lograron obtener más investigaciones al respecto.

Finalmente se puede corroborar con los datos del presente estudio que se cumplió con el objetivo principal de determinar la presencia de impulsividad y riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Dependencia de Sustancias del Hospital “Humberto Ugalde Camacho” “C.R.A.” de Cuenca, encontrando que el 45.8% de los participantes obtuvieron puntajes equivalentes a presencia de impulsividad; y el 27.1% presencia de riesgo suicida.

Así mismo, es importante señalar que el 18.8% de los participantes de la presente investigación exhibieron presencia de impulsividad conjuntamente con riesgo suicida.

## **7. Recomendaciones**

A lo largo de esta investigación se encontraron algunos factores que pueden haber limitado el desarrollo de la misma, siendo principalmente el tamaño de la muestra uno de los más influyentes. Por lo tanto se recomienda ampliar la misma para obtener resultados que se puedan generalizar con mayor facilidad a la población descrita.

En esta misma rama, sería interesante averiguar si es que existe algún cambio entre los niveles de impulsividad y riesgo suicida evaluados durante las primeras semanas de internamiento y en las semanas previas al alta médica en una población hospitalizada para su rehabilitación.

Finalmente se recomienda a todo profesional de la salud tomar en cuenta estas dos variables (impulsividad y riesgo suicida) al momento de tratar con pacientes que abusan o presentan ya un trastorno de dependencia a sustancias; ya que como se ha comprobado en este, y en otros estudios mencionados, el consumo de sustancias influye en los niveles de impulsividad desadaptativa como en la presencia de conductas suicidas y viceversa.

## 8. Referencias

- Achille-Delmas, F. (1932). *Psicopatología del suicidio*. Francia: Biblioteca de filosofía contemporánea.
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol. *Adicciones*, 17-22.
- Ana Gutiérrez García, C. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales . *salud mental*, 66-74.
- Ana Gutiérrez García, C. C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *salud mental*, 417-425.
- Antonio Verdejo, A. 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* , 777-810.
- Aranguen, M. (2004). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, (págs. 24-25). Buenos Aires.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. . Englewood Cliffs: Prentice Hall .
- Basile, H. (2009). Suicidio: conceptos generales . En E. S. Juan Martínez, *Suicidio: Una realidad en latinoamérica* (pág. 30). Quito: Graficas Vazquez.
- Bennasar, M. R. (2010). *Trastornos de personalidad*. Ars medica.
- Berrios, G. (1996). *Delusions*. In *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Recuperado el 10 de julio de 2017, de [www.cambridge.org](http://www.cambridge.org/core/books/the-history-of-mental-symptoms/0026638AA8C625E53691ECD088B292E4): <https://www.cambridge.org/core/books/the-history-of-mental-symptoms/0026638AA8C625E53691ECD088B292E4>
- Bobes García, G. S. (1977). *Prevención de las conductas suicidas y para suicidas*.
- Caci, H. N. (2003). Functional and dysfunctional impulsivity: contribution to the construct validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 34-40.
- Canli, T. (2006). *Biology of personality and individual differences*. New York: Guildford Press.
- Cano Cervantes, G. J., Araque Serrano, F., & Cándido Ortiz, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 141-148.

- Carlos Gómez, N. R. (2017). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 283-298.
- CONSEP. (2010). Estudio sobre mortalidad relacionada con drogas en la población ecuatoriana. *Boletín Informativo Observando*, 16.
- Cross CP, C. D. (2012). Sex differences in sensation-seeking: a meta-analysis. *Sci Rep*.
- Cross CP, C. L. (2011). Sex differences in impulsivity: a metanalysis. *Psychol Bull*, 97-130.
- Cuadrado, Á. I. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 8.
- Dickman, S. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social*, 95–102.
- Dickman, S. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences*, 563-581.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio*. Ediciones Aka.
- Elvia Velasquez, A. O. (2013). *adicciones, aspectos clinicos y psicosociales tratamiento y prevencion*. Medellin: CIB Fondo Editoriar .
- Esquirol, J. (1819). *Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens*. Paris .
- Esther Calvete, A. E. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*.
- Eysenck, H. (1959). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidos.
- Eysenck, H. (1987). *Personalidad y diferencias Individuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Eysenck, H. (1990). Genetic and environmental contributions to individual. *Journal of personality* , 245-261.
- Fenichel. (1984). *Teoria psicoanalitica de la neursis*. Barceona: Paidos.
- George Koob, V. N. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 217.
- González, R. (1997). Aproximación teórica al fenómeno suicida. *Psicología Médica*, 319-333.
- Gray. (1987). The psychology of fear and stress. *Cambridge University Press*.

- Guilherme Borges, R. O. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 292-304.
- Gullo, M. (2011). Support for a two-factor model of impulsivity and hazardous substance use in British and Australian young adults. *Journal of Research in Personality* , 10-18.
- Heeringen, V. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 292-300.
- Henriksson S, S. J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 234-240.
- Herrnstein, R. J. (1996). Relative and absolu. *journal of the experiential analysis of behavior* , 267-272.
- Jackson. (2002). Mapping Gray 's model of personality onto the Eysenck personality Profile. *Personality and Individual differences*, 495 –507.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick : Hillhouse.
- Juan Carlos Martinez, E. S. (2009). *Suicidio: una realidad en latinoamerica*. Quito: Graficas Vasquez.
- Koob, G. (2011). Neurobiology of addiction. *Focus* , 55-65 .
- López Ríos, F. y.-N. (1996). *Conductas Adictivas: modelos* . Granada: Nemesis.
- Luke Smillie, C. J. (2006). Functional impulsivity and reinforcement sensitivity theory. *Journal of Personality*, 47-84.
- Mario Squillace, J. P. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 8-18.
- Matthey, A. (1816). *Nouvelles Recherches sur les Maladies de L'esprit Precedes de Considerations sur les Dificultes de L'art de Guerir*. Paris.
- Merola, J. L. (2015). *Bases teoricas y clinicas del comportamiento impulsivo*. Brcelona: San Juan de Dios.
- Michael A. Bozarth, R. A. (1987). a psychomotor stimulant theory of addiction autor. *Psychological Review*, 469.
- Moeller, G. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 1783–1793.

- Muñoz-Rivas, M. J. (2012). *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Navarro M A, A. B. (2010). Neuroendocrinología. *Tratado de Psiquiatría*.
- Nemm J, S. N. (1986). Psychobiology of suicidal behaviour. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Nicolas Cherbuin, K. A. (2008). Hippocampal volume is positively associated with behavioural inhibition (BIS) in a large in community-based sample of mid-life adults: the PATH through life study. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 262-269.
- Ocampo, R., Bojorquez, I., & Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México*, 306 - 313.
- OMS. (2008). *Glosario de terminos del alcohol y drogas* . Recuperado el 12 de julio de 2017, de <http://www.mssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>
- ONUDD. (2015). *Informe Mundial Sobre las Drogas Informe ejecutivo*. UNDOC Research.
- Ordóñez, M. B. (2015). La prevención de las adicciones en contextos familiares y escolares: análisis del programa de prevención de la asociación proyecto hombre" entre todos". granada, España.
- Papachristou, H. (2012). Can't stop the craving: the effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. *Psychopharmacology*, 511-518.
- Pavlov KA, C. D. (2012). Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans. *Appl Genet* , 61-82.
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 585 - 591.
- Perry, M. A. (1987). *Métodos de modelado*. Goldstein : Desclée de Brouwer.
- PNSD. (2007). *Guia sobre drogas*. Recuperado el 12 de julio de 2017, de <http://www.pnsd.msc.es>:  
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Ramos, P. M. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental*. granada.

- René Ocampo, I. B. (2017). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones. *salud mental*, 1994-2006.
- Ribas, G. G. (2002). Neuroanatomía de la impulsividad. *Psiquiatría Biológica*, 10-154 .
- Roberto Rodríguez Valdés, M. P. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida . *Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida* , 33.
- Roy, A. (1995). Psychiatric emergencies. *Sinopsis of* , 864-872.
- Sarró, B. (1991). Los suicidios. *Editorial Martínez Roca* , 56-63.
- Schmitt, D. P. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of cross-cultural psychology*, 173-212.
- Secades-Villa, R. G.-R.-H. (2007). *El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína*. Adicciones. ovedo .
- Verdejo-García, A. A. (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*, 777-810.
- Vuchinich, R. E. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse . *journal of abnormal psychology*, 181-195.
- Weafer. (2013). Sex differences in impulsive action and impulsive choice. *Addictive Behaviors*.
- Winstanley. (2004). Fractionatin impulsivity: contrasting effects of central 5-HT depletion on different measures of impulsive behaviour. *Neuropsychopharmacology*, 1331-1343.
- Zuckerman. (1989). Personality in the third dimension: a psychobiological approach. *Personality and individual differences*,, 313-345.

## 9. Anexos

### 9.6. Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

*Instrucciones:* Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hace cosas impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Planea cosas con anticipación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Es usted impulsivo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Termina las cosas que empieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

*Instrucciones:* Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

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