

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

“ASOCIACIÓN ENTRE IMPULSIVIDAD Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES CONSULTANTES DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS,2020”

Área de Investigación:

Biomedicina molecular y Salud Comunitaria

Autor (es):

Br. Neira Suarez, Elvira del Carmen

Jurado Evaluador:

Presidente: Rodríguez Zanabria, Edgar

Secretario: Aliaga Cajan, Jorge

Vocal: Sandoval Ato, Raúl

Asesora:

Ramírez Córdova, Josefa Edelsa

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6110-9654>

Piura – Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/07/08

DEDICATORIA

A Dios por bendecir y guiar mi día a día durante el desarrollo de mi carrera profesional

A mi madre Flor por siempre estar a mi lado en este sueño, sin ella nada de esto sería posible. Gracias mama por siempre creer en mí. Por ser mi ejemplo a seguir.

A mi Padre y a mi abuela elvira que sé que desde el cielo siempre me cuida y me guía.

A mi hermano querido, mis tías y a cada uno de mis amigos que están a mi lado apoyándome con sus consejos y cariño.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mi madre, que desde el comienzo de mi carrera profesional me apoyo. Le agradezco que a pesar de las adversidades nunca se rindió. Le doy las gracias por demostrarme que con dedicación, perseverancia y amor todo se puede lograr.

Le agradezco también a mis amigos y familiares que también me han alentado a seguir adelante.

ÍNDICE

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	11
III.OBJETIVOS	11
IV. HIPOTESIS	12
V. MATERIAL Y MÉTODOS	12
VI. LIMITACIONES	22
VII. RESULTADOS	23
VIII. DISCUSIÓN	26
IX. CONCLUSIONES	29
X. RECOMENDACIONES	29
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
XII. ANEXOS	36

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

Materiales y métodos: Estudio transversal analítico , en los Centros de Salud Mental Comunitario de la región Piura, mediante uso de escala de Impulsividad de Barrat. Se consideró como variable dependiente el trastorno por uso de sustancias y como variable independiente se consideró a la impulsividad. El análisis estadístico será realizado en STATA V.15, se realizará un análisis univariado, bivariado y multivariado, considerando una significancia $p < 0.05$.

Resultados: La encuesta fue recepcionada y respondida por 147 adolescentes consultantes que acudieron a los centros de salud mental comunitario de Sechura, Víctor Raúl y Catacaos en la ciudad de Piura. Al evaluarse las características sociodemográficas de los adolescentes se encontró que más de la mitad eran del sexo masculino, casi un 60% tenía entre 10 y 14 años, 61.2% no tenían una pareja estable. Se evaluó los factores que podrían estar asociados al mayor puntaje de trastorno por abuso de sustancias y se encontró que las condiciones que aumentaron la probabilidad de presentarlo fueron: el sexo masculino, menor edad, ser consumidor de alcohol, y un mayor puntaje en el cuestionario de impulsividad.

Conclusión: La asociación principal entre los puntajes de impulsividad y el trastorno por consumo de sustancias en este grupo de adolescentes consultantes de centros de salud mental, se encontró que había una correlación directa entre dichas variables, por tanto, un mayor puntaje en la impulsividad estaba relacionado con un mayor puntaje de trastorno por consumo de sustancias.

Palabras clave: Impulsividad, abuso de sustancias, adolescentes.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the association between impulsivity and substance use disorder in adolescents consulting at Community Mental Health Centers during 2020.

Materials and methods: Analytical cross-sectional study, in the Community Mental Health Centers of the Piura region, using the Barrat Impulsivity scale. Substance use disorder was considered as a dependent variable and impulsivity as an independent variable. Statistical analysis will be performed in STATA V.15, univariate, bivariate and multivariate analysis, considering a significance $p < 0.05$.

Results: The survey was received and answered by 147 adolescent patients who attended the community mental health centers of Sechura, Victor Raul and Catacaos in the city of Piura. When the sociodemographic characteristics of the adolescents were evaluated, it was found that more than half were male, almost 60% were between 10 and 14 years old, 61.2% did not have a stable partner. The factors that could be associated with higher substance abuse disorder scores were evaluated and it was found that the conditions that increased the probability of presenting it were: male sex, younger age, being an alcohol consumer, and a higher score in the impulsivity questionnaire.

Conclusion: The main association between impulsivity scores and substance use disorder in this group of adolescents consulting mental health centers, it was found that there was a direct correlation between these variables, therefore, a higher impulsivity score was related to a higher substance use disorder score.

Key words: Impulsivity, substance abuse, adolescents.

1. INTRODUCCIÓN:

La impulsividad se ha definido como una predisposición hacia reacciones no planificadas a estímulos internos o externos, sin tener en cuenta las consecuencias negativas(1). El comportamiento impulsivo en los adolescentes se asocia con una multitud de comportamientos negativos, tales como dificultades sociales/entre pares, problemas de conducta entre otros problemas(2), y con una variedad de características como descuido, impaciencia, búsqueda de entusiasmo, riesgo y falta de pensamiento profundo (3). Además, la impulsividad se ha encontrado como uno de los factores de personalidad más predictivos de adicciones, especialmente en poblaciones adolescentes y adultas emergentes(4).

Referente a las bases biológicas, inicialmente la explicación de la impulsividad adolescente era la inmadurez de la corteza prefrontal(5). Se pensaba que los adolescentes se comportan impulsivamente, porque los circuitos cerebrales necesarios para ejercer un control de arriba hacia abajo sobre los impulsos que se originan en el sistema límbico todavía se estaban desarrollando(6). Los estudios de anatomía cerebral revelaron cambios importantes durante la década adolescente en los volúmenes de materia gris y blanca en las regiones prefrontales, lo que sugiere que la poda sináptica y la mielinización estaban permitiendo una autorregulación más eficiente y efectiva. Luego, se sugirió que una posibilidad no era simplemente que el control cognitivo era inmaduro, sino que esta inmadurez iba acompañada de una intensificación temporal de los impulsos para buscar experiencias novedosas y gratificantes(7).

La impulsividad tiene una gran importancia clínica y de salud pública, ya que está asociada con una morbilidad sustancial, discapacidad social, familiar y laboral, accidentes, suicidio y violencia.(8) Aunque la impulsividad no es en sí misma un diagnóstico psiquiátrico, parece ser un elemento común en algunos trastornos mentales, como ciertos trastornos de personalidad, trastornos de control de impulsos y abuso de sustancias. La falta de inhibición del comportamiento es una característica común de estos trastornos psiquiátricos, y podría explicar parcialmente su relación con la impulsividad(9). Además, la impulsividad que persiste en la edad adulta se asocia con un mayor riesgo de juego patológico,

abuso de sustancias, habilidades interpersonales deficientes, accidentes de vehículos y encarcelamiento(10).

El uso de sustancias es generalizado y endémico entre los adolescentes. Para cuando los adolescentes se conviertan en adultos, casi la mitad habrá probado una droga ilícita y más del 80% habrá consumido alcohol(11). La mayoría del uso por parte de los adolescentes se atenuará con el tiempo, pero muchos sufren consecuencias negativas para la salud y sociales. Algunos adolescentes avanzan a niveles de uso y consecuencias que cumplen con los criterios para los trastornos por uso de sustancias y tienen un alto riesgo de continuar en la edad adulta(12).

Los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias se basan en gran medida en los criterios del DSM-IV para el abuso y dependencia de sustancias. En estudios de jóvenes de 13 a 18 años de edad con un trastorno mental, las tasas de un trastorno por uso de sustancias concurrente han oscilado entre 61% a 88%(13). Otros factores de riesgo para el desarrollo del trastorno por uso de sustancias incluyen características individuales, de pares y familiares. Además, también se ha relacionado la presencia de comportamientos impulsivos con un mayor riesgo de desarrollo de abusos por sustancias(14).

Para evaluar el nivel de impulsividad entre individuos se han empleado diferentes medidas, siendo una de las citadas y usadas la Escala de impulsividad de Barratt (BIS)(4). Es un cuestionario de autoinforme válido y confiable que mide las diversas dimensiones de la impulsividad. Desde su primera presentación en 1959 en su forma de 45 ítems sobre impulsividad, esta escala ha sufrido varios cambios. La versión actual (BIS-11) es una de las herramientas más utilizadas para evaluar la impulsividad, presentando evidencia impresionante sobre su validez, confiabilidad y valor predictivo. El BIS-11 se compone de 30 ítems calificados en una escala Likert (desde nunca = 1 punto hasta muy frecuentemente = 4 puntos). Evalúa las tres dimensiones principales del comportamiento impulsivo: atencional (falta de enfoque en la tarea en curso), motriz (actuar sin pensar) e impulsividad no planificada (orientación al presente más que al futuro). La escala BIS-11 se ha adaptado a diferentes idiomas, incluido el español(14).

Galván G(15) realizaron un estudio que incluyó a 390 estudiantes, que fueron evaluados utilizando un cuestionario sociodemográfico y clínico ad hoc. La prueba ASSIST y la escala Barratt se utilizaron para detectar el uso de sustancias y los niveles de impulsividad respectivamente. Los niveles de impulsividad fueron más altos entre los adolescentes que usaron sustancias (alcohol, tabaco y cannabis). Las mujeres que usaron sustancias (alcohol, tabaco y cannabis) fueron más impulsivas que los usuarios masculinos, específicamente desde el punto de vista motor. En este estudio se confirmó la relación entre impulsividad y uso de sustancias.

Martínez-Loredo(16), realizaron un estudio para identificar subpoblaciones de adolescentes con trastorno por uso de sustancias y juego patológico, explorar las diferencias de género y examinar la impulsividad como un predictor de estas patologías. Se realizó una encuesta transversal en 22 escuelas secundarias, y se evaluaron 1644 adolescentes. Los participantes informaron su frecuencia en el último año de usar alcohol, tabaco y cannabis, así como bingo, póker, otros juegos de casino, apuestas deportivas, lotería, boletos de rasca y gana y máquinas de juegos electrónicos. La impulsividad se evaluó mediante la escala de impulsividad de Barratt y la escala de búsqueda de sensaciones impulsivas. La impulsividad general y la búsqueda de sensaciones fueron los predictores más consistentes de la pertenencia a clases.

Martínez-Loredo V(17), realizaron otro estudio para identificar trayectorias de impulsividad y búsqueda de sensaciones y explorar su relación con el uso de sustancias y el consumo excesivo de alcohol. Un total de 1342 adolescentes no usuarios (53.6% varones; edad media = 12.98, DE = 0.50) completaron anualmente la Escala de Impulsividad de Barratt, la Escala de Búsqueda de Sensibilidad Impulsiva de Zuckerman, durante un período total de tres años. También se evaluó el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en el pasado, los episodios de embriaguez y los problemas con el alcohol. Para estudiar su poder predictivo se utilizaron regresiones logísticas binarias. Se encontraron dos trayectorias de impulsividad en hombres y cinco en mujeres. Los hombres con una trayectoria de impulsividad en aumento tenían más probabilidades de reportar consumo de tabaco (OR = 1,84) y cannabis (OR = 3,01), episodios de embriaguez

(OR = 2,44) y problemas para beber (OR = 3,12). La trayectoria de aumento temprano en las mujeres predijo el consumo de tabaco (OR = 3,71), el consumo de cannabis (OR = 5,87) y episodios de embriaguez (OR = 3,64).

Fernández-Artamendi(16), realizaron un estudio con un diseño prospectivo, en el que los participantes fueron evaluados 3 veces durante 2 años. Los participantes fueron 1430 adolescentes (53,9% hombres; edad media al comienzo del estudio = 13,02; desviación estándar = 0,51) de 22 escuelas secundarias en España. Se utilizaron versiones computarizadas de los siguientes instrumentos: subescalas de búsqueda de sensaciones impulsivas, medidas de comportamiento (prueba Stroop) frecuencia de episodios de intoxicación y el índice de problemas de alcohol de Rutgers. Se encontró que los niveles individuales de impulsividad y búsqueda de sensaciones autoinformadas en la adolescencia predicen significativamente los episodios de intoxicación y los problemas relacionados con el alcohol en los adolescentes. Además, se reportó que los niveles dentro de la persona de la impulsividad auto informada y la búsqueda de sensaciones predijeron significativamente el consumo excesivo de alcohol a partir de los 13 años, mientras que las medidas de comportamiento no fueron predictivas.

Charfi N(18), realizaron un estudio para evaluar la prevalencia del consumo de alcohol entre los adolescentes en la región de Sfax (Túnez) y determinar sus relaciones con las dos dimensiones de la personalidad: búsqueda de sensaciones e impulsividad. Se realizó un estudio transversal que incluyó a 317 estudiantes de secundaria y preparatoria. Se empleó la Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) para evaluar el consumo de alcohol de riesgo, la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) para evaluar el grado de impulsividad y la Escala de búsqueda de sensaciones (SSS-V) para evaluar el nivel de búsqueda de sensaciones. El análisis de las dimensiones de la personalidad mostró una asociación significativa entre el consumo actual de alcohol y la búsqueda de sensaciones ($p < 0,001$) en particular en las dimensiones de desinhibición ($p < 0,001$), búsqueda de experiencias ($p = 0,002$) y susceptibilidad al aburrimiento ($p = 0,001$). La impulsividad total ($p = 0,001$), la impulsividad motora ($p = 0,005$) y de atención ($p = 0,015$) se asociaron con el consumo actual de alcohol.

Como se ha explicado previamente, la literatura internacional ha señalado una relación entre los diferentes niveles de impulsividad en una persona y el riesgo de desarrollar trastorno por uso de sustancias, en especial en los adolescentes y jóvenes adultos(19). En el ámbito peruano, aunque si se ha estudiado los niveles de impulsividad entre poblaciones de adolescentes, no se ha abordado adecuadamente el rol de esta en el riesgo de desarrollar trastorno por uso de sustancias(2). Debido a ello, se ha planteado la realización de este estudio para generar información que permita reconocer la interacción de la impulsividad y el trastorno por uso de sustancias entre adolescentes y de esta manera contribuir en la prevención de estas patologías, la cual se estima que presente una prevalencia de 5,2% a 6,4% en la población peruana en general, sin embargo, no se cuenta con datos específicos de adolescentes peruanos o de residentes en el departamento de Piura(3).

1.2 Enunciado del problema

¿Existe asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Piura durante el 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar si existe asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes consultantes de los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.
- Conocer las sustancias que mayormente consumidas entre los adolescentes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

- Estimar los factores asociados al trastorno de consumo de sustancias de los adolescentes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.
- Estimar la asociación entre los puntajes de impulsividad y el trastorno de consumo de sustancias de los adolescentes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

1.4 Hipótesis

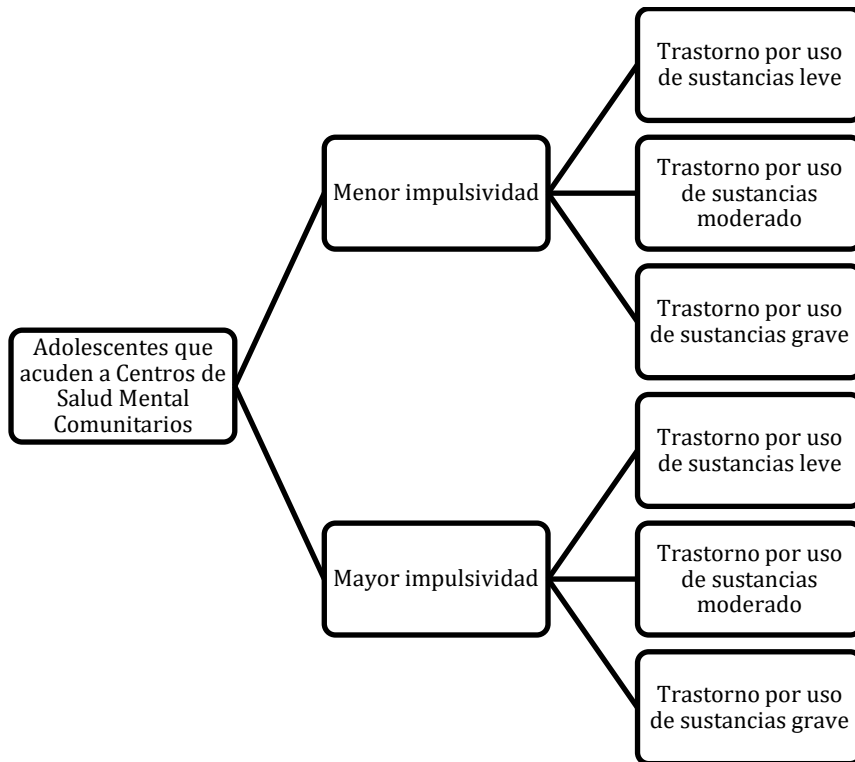
H₀ (Hipótesis Nula): No existe asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

H₁ (Hipótesis alterna): Existe asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

2 Material y método

2.1. Diseño de estudio

Observacional de tipo transversal analítico.



2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1. Población

La población de estudio son los adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios de Piura durante el año 2020.

2.2.2. Muestra

Unidad de análisis

Respuestas de los adolescentes participantes del estudio a los instrumentos aplicados.

Unidad de muestreo

Adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios de la ciudad de Piura durante el año 2020.

Criterios de selección:

- Criterios de Inclusión

- Adolescentes (entre 10 a 19 años) que acudan a consulta en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el año 2020.
 - Todos los adolescentes que brinden asentimiento y sus padres consentimiento para participar durante el periodo de selección de participantes del estudio.
 - Adolescentes con historias clínicas en las que se evidencie atención por psiquiatra o psicólogo del Centros de Salud Mental Comunitarios durante el año 2020.
- Criterios de Exclusión
- Adolescentes que no acepten participar del estudio.
 - Adolescentes con enfermedades neurocognitivas o que presentan alteraciones mentales que impidan obtener respuestas coherentes de estos.
 - Adolescentes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, juegos patológicos y otros trastornos de control de impulsos.

Tamaño muestral:

El tamaño muestral fue calculado usando el estudio de Salazar E. (37) con una prevalencia de 10.7%, un nivel de confianza de 95% y error de precisión de 5%, con tamaño poblacional infinito, se calculó un tamaño muestral mínimo de 147 adolescentes consultantes de los Centros de Salud Mental Comunitarios de Piura durante el año 2020 mediante proceso aleatorio simple con todos aquellos participantes que cumplieran los criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos.

[4] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	∞
Proporción esperada:	10,700%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	147

2.2.3. Marco muestral definición:

La muestra será seleccionada por conveniencia hasta completar el mínimo tamaño muestral requerido, no se realizará aleatorización, al ser un centro consultante.

2.3. Definición operacional de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	Tipo de variable	Escala de medición	Definición Conceptual	Definición operacional	Instrumento	Forma de registro
Impulsividad	Númerica	Continua	Conducta sin un pensamiento adecuado previo, asociado a una tendencia a actuar con menos previsión que otros individuos de igual capacidad y conocimiento.(4)	Puntuación de acuerdo a las dimensiones de impulsividad motora, cognitiva y no planeada	Escala de Barrat	A mayor puntuación mayor impulsividad.

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición Conceptual	Definición operacional	Instrumento	Forma de registro
Trastorno por Uso de sustancias	Categorica	Politómica	Asociación de cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.(20)	Uso de sustancias, diagnosticado y por lo cual el paciente tiene tratamiento y/o seguimiento en Centro de Salud Comunitario, lo cual ha sido registrado en la historia clínica de cada participante.	Ficha de recolección de datos	0=Leve 1=Moderada 2= Grave

Variable interviniente

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Instrumento	Forma de registro
Edad	Cuantitativa	Intervalo	Años que transcurren desde el nacimiento hasta la entrevista de la persona	Ficha de recolección de datos	Edad en años
Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Característica sexual referida en el documento de identidad de la persona	Ficha de recolección de datos	0=Femenino
					1=Masculino
Zona de procedencia	Cualitativa dicotómica	Nominal	Zona de ubicación de la vivienda según su referencia a otras de la misma localidad	Ficha de recolección de datos	0= zona urbana
					1= zona rural
Pareja actual	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si el encuestado se encuentra en una relación sentimental al momento de la encuesta.	Ficha de recolección de datos	0=No
					1=Si
Nivel educativo	Cualitativa politómica	Nominal	Máximo grado educativo obtenido por una persona	Ficha de recolección de datos	0= analfabeto/primaria incompleta
					1= primaria completa
					2= secundaria completa
Tipo de sustancia consumida	Cualitativa politómica	Nominal	Sustancia de la cual abusa el adolescente y que es la causa de que este desarrolle un trastorno por uso de sustancias.	Ficha de recolección de datos	0=Alcohol
					1=Tabaco
					2=Marihuana
					3=Cocaína
					4=Benzodiacepinas

					5= Otras drogas ilícitas
--	--	--	--	--	-----------------------------

2.4. Procedimientos y técnicas de recolección de datos

2.4.1 Procedimientos

Se solicitó en primera instancia el permiso a la dirección de los Centros de Salud Mental Comunitarios de la región Piura, para que brinden el acceso a sus instalaciones y el desarrollo del cuestionario (ANEXO 01). Seguido a ello se seleccionaron a los participantes del estudio de manera aleatoria entre los registros de cada centro de salud mental, contando con el apoyo de un cuestionario por cada uno de los tres centros de salud mental comunitarios. Los cuestionarios se realizaron durante los meses de septiembre a diciembre del 2020, de forma simultánea en los 3 centros de estudio contando previamente para ello con la disponibilidad de la atención correspondiente con todas las medidas de bioseguridad.

En cada centro de estudio, los potenciales participantes del estudio y sus padres se les invitó tras culminar su cita programada en el Centro de Salud Mental, aplicando inicialmente el consentimiento informado a los padres y pidiendo el asentimiento de los adolescentes para aplicar el cuestionario del estudio. El cuestionario se fue aplicado dentro en un consultorio acondicionado, que permitió al participante privacidad para responder el cuestionario elaborado para este estudio. El cuestionario aplicado al participante fue autoadministrado y constituido por la Escala de Barrat y las características generales (Anexo 02), con un tiempo de aplicación de 15 minutos aproximadamente por participante. Además, este cuestionario se complementó con la revisión de historia clínica de los participantes en los que se obtuvo su consentimiento. Tras el llenado del instrumento de recolección, se realizó la suma de puntajes de la escala, para cada dimensión.

2.4.2 Instrumentos de recolección de datos

Para el desarrollo de este estudio, se emplearon los siguientes instrumentos:

- Ficha de recolección de datos: Organizada en base a la literatura científica disponible y revisada por el autor del estudio, que consignara: a) Datos demográficos (Edad, Sexo, Zona de procedencia, Pareja actual y Nivel educativo) y b) Diagnostico confirmado por especialista de Trastorno por uso

de sustancias. El diagnóstico de trastorno por uso de sustancias se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica de cada encuestado.

- Escala de Barrat: La versión actual (BIS-11) es una de las herramientas más utilizadas para evaluar la impulsividad, presentando evidencia impresionante sobre su validez, confiabilidad y valor predictivo (29). El BIS-11 se compone de 30 ítems calificados en una escala Likert (desde nunca = 1 punto hasta muy frecuentemente = 4 puntos). Evalúa las tres dimensiones principales del comportamiento impulsivo: atencional (falta de enfoque en la tarea en curso), motriz (actuar sin pensar) e impulsividad no planificada (orientación al presente más que al futuro). A mayor puntaje mayor nivel de impulsividad.(21)

La escala BIS-11 se ha adaptado a diferentes idiomas, incluido el español (30). En esta validación, se encontró que el Índice Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,875; la prueba de Esfericidad de Barlett fue significativa ($p < 0,001$) y el alfa de Cronbach fue de 0,87; ante ello y para la validez correspondiente para nuestra localidad se procedió a validación tanto interna mediante prueba Alpha de Cronbach con un resultado de 0.87(22), además de validación por juicio de expertos conformado por un Investigador RENACYT, un especialista en Psicología y Adicciones y un Metodólogo respectivamente; todo ello con una muestra piloto previa de 33 participantes, donde a partir de ello se consiguió el proceso de validación local de manera externa.

2.5. Plan de análisis de datos

La base fue analizada bajo el programa estadístico STATA en su versión 15. En el análisis descriptivo de variables de tipo categórico se usaron frecuencias y porcentajes, y para las de tipo cuantitativo se optó por media y desviación estándar y rangos

La variable principal, en este caso trastorno por consumo de sustancias, fue tratada como variable numérica (debido a su distribución no normal calculada con la prueba de Shapiro Wilk), por lo que la estadística bivariada estuvo en función de la misma; por tanto, se utilizó la prueba de Suma de rangos de Wilcoxon cuando las variables secundarias fueron dicotómicas, y el test de Kruskal Wallis para las variables politómicas. Para esta sección se tomó en cuenta al valor $p < 0.05$ para determinar una diferencia estadísticamente significativa.

Para el análisis inferencial se trabajó con un nivel de confianza de los datos del 95%. Se obtuvieron los valores p y los coeficientes de relación mediante la prueba de regresión logística haciendo uso de la familia Poisson más la función de enlace log. Se armó un modelo crudo en el que solo se incluyó el puntaje del cuestionario de impulsividad para determinar su asociación con el puntaje de trastornos de consumo de sustancias. También se armó un modelo multivariado estadístico en el que se incluyó las variables que salieron asociadas significativamente en el análisis bivariado.

2.6. Aspectos éticos

Se respetó en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, además, se remitirá informes a las unidades competentes. Se tomarán en cuenta los principios éticos sobre experimentación humana de la Declaración de Helsinki de 1975; así como del Colegio Médico del Perú y de la Universidad Privada Antenor Orrego, así también como las Consideraciones Éticas CIOMS las cuales son:

Justicia: Se ofrecerán los beneficios del estudio a todos los pacientes con igualdad, respeto y consideración.

No maleficencia: No se realizará ningún procedimiento que arriesgue la vida de los pacientes en estudio.

Beneficencia: En el proyecto de investigación expuesto se buscará únicamente beneficiar al paciente y así mejorar el pronóstico de su enfermedad.

Principio de Confidencialidad: Se tiene que respetar la confidencialidad de la información obtenida de la historia clínica del paciente en estudio. Dicha confidencialidad deberá de acatarse de igual manera al terminar el proyecto de investigación.

2.7 Recursos humanos y presupuesto

El estudio será autofinanciado por la autora con un presupuesto aproximado de 4200 soles

2.8 Limitaciones

- La limitación del presente estudio es que la participación de los adolescentes puede estar limitada por el consentimiento de los padres para participar en el estudio.
- Debido a que se han reiniciado las labores en los diferentes centros de consulta externa, se podrá acceder a los participantes de forma presencial al momento en que acuden a sus consultas programadas y brindar información tanto al adolescente como a sus padres de los objetivos e importancia de participar en el estudio.

3. RESULTADOS

La encuesta fue recepcionada y respondida por 147 adolescentes consultantes que acudieron a los centros de salud mental comunitario de Sechura, Víctor Raúl y Catacaos en la ciudad de Piura.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes consultantes de los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	81	55.1
Femenino	66	44.9
Edad		
10 a 14 años	86	58.5
15 a 19 años	61	41.5
Pareja actual		
Con pareja estable	57	38.8
Sin pareja estable	90	61.2
Lugar de procedencia		
Zona rural	35	23.8
Zona urbana	112	76.2
Nivel educativo		
Analfabeta/ incompleta	Primaria 17	11.5
Primaria completa	80	54.4
Secundaria completa	50	34.1

Al evaluarse las características sociodemográficas de los adolescentes se encontró que más de la mitad eran del sexo masculino, casi un 60% tenía entre 10 y 14 años, 61.2% no tenían una pareja estable, siete de cada diez pertenecían a una zona urbana, y uno de cada diez eran analfabetos o tenían primaria incompleta.

Tabla 2. Sustancias consumidas entre los adolescentes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

Variable	n	%
Centro de salud mental		
Catacaos	59	40.1
Sechura	24	16.3
Víctor Raúl	64	43.6
Tipo de sustancia		

Alcohol	75	51.02
Tabaco	20	13.6
Marihuana	10	6.8
Cocaína	5	3.4
Benzodiacepinas	7	4.7
Otras sustancias	30	20.4

Dentro de los adolescentes encuestados en los distintos centros de salud mental vemos que el 43.6% pertenencia al centro de salud mental Víctor Raúl, siendo este el porcentaje mayor con un total de 64 encuestados. Por otro lado, el alcohol está en el primer puesto como sustancia más consumida por estos adolescentes, siendo 5 de cada 10 consumidores de este. En segundo lugar, encontramos al tabaco con un 13.6% y, dentro las sustancias ilegales vemos que la marihuana ocupa el tercer lugar con 6.8%.

Tabla 3. Factores asociados al trastorno de consumo de sustancias de los adolescentes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020.

Característica	Nivel de trastorno de consumo de sustancias	p	Coficiente*
	Media (DE)		
Sexo			
Masculino	10.0 (5.8)	0.001^a	-0.016
Femenino	11.0 (6.2)		
Edad			
10 a 14 años	11.7 (5.9)	0.002^a	-0.112
15 a 19 años	10.2 (5.9)		
Pareja actual			
Con pareja estable	7.7 (5.4)	0.223 ^a	-
Sin pareja estable	10.8 (6.1)		
Lugar de procedencia			
Zona urbana	10.6 (5.9)	0.769 ^b	-
Zona rural	10.8 (6.1)		
Tipo de sustancia consumida			
Alcohol	10.5 (8.6)	0.041^b	-0.014
Tabaco	13.4 (7.4)		
Marihuana	10.9 (6.1)		
Cocaína	10.2 (5.9)		

Otro tipo 11.8 (5.9)

Centro de salud mental

Víctor Raúl 11.2 (6.2) 0.069^b -
 Sechura 10.2 (5.9)
 Catacaos 10.3(5.4)

Impulsividad

Rho de Spearman -0.208 **<0.001^c** +0.006

DE: desviación estándar, p: valor de significancia estadística

^aDeterminado mediante la prueba Suma de rangos de Wilcoxon

^bDeterminado mediante el test de Kruskal Wallis

^cDeterminado mediante Correlación de Spearman

*Determinado mediante regresión logística haciendo uso de la familia Poisson

Se evaluó los factores que podrían estar asociados al mayor puntaje de trastorno por abuso de sustancias y se encontró que las condiciones que aumentaron la probabilidad de presentarlo fueron: el sexo masculino, menor edad, ser consumidor de alcohol, y un mayor puntaje en el cuestionario de impulsividad.

Tabla 4. Asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios durante el 2020

Característica	Modelo crudo ^a			Modelo ajustado ^b		
	Coefficiente	IC 95%	<i>p</i>	Coefficiente	IC 95%	<i>p</i>
Puntaje de impulsividad según Cuestionario de Barrat	+0.007	(0.008 -0.004)	<0.002	+0.006	(0.008 -0.004)	<0.002

p: valor de significancia estadística, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

^aRegresión logística haciendo uso de la familia Poisson

^bModelo estadístico: ajustado por edad, sexo y consumo de alcohol.

Al evaluar la asociación entre los puntajes de impulsividad y el trastorno por consumo de sustancias en este grupo de adolescentes consultantes, se encontró que había una correlación directa entre dichas variables, por tanto, un mayor puntaje

en la impulsividad estaba relacionado con un mayor puntaje de trastorno por consumo de sustancias, tanto en el modelo crudo como en el modelo ajustado por las variables edad, sexo, y consumo de alcohol.

4.- DISCUSIÓN:

Esta investigación se realizó con el fin de encontrar de manera contundente la asociación entre la impulsividad y el trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes a centros de salud mental comunitario de Piura.

Al revisar y comparar los factores que se asociaban al trastorno por consumo de sustancias, la variable principal del estudio, se encontró que diversos factores resultaron asociados a un mayor puntaje de trastorno por consumo de sustancias en este grupo adolescentes consultantes de centros de salud mental comunitario.

Al igual que en otros estudios en adolescentes con trastorno por uso de sustancias(23), los sujetos en nuestra muestra eran más impulsivos que la población general, encontrándose puntuaciones en la Escala de Impulsividad de Barratt de 49, siendo la mediana en población general de 32,5(24). Probablemente debido a que la población de estudio en su mayoría corresponde a adolescentes del recursos limitados y cuyo entorno no es el idóneo para su adecuado crecimiento moral y profesional.

El sexo masculino en el presente estudio se asoció a un mayor grado de trastorno por uso de sustancias, sin embargo, múltiples estudios a nivel mundial(25), presentan al sexo femenino como un factor de riesgo muy importante. Esta asociación concuerda por lo expuesto en Ginebra(26) sobre los adolescentes de una preparatoria, cuya asociación también se vio vinculada en su mayoría con el sexo masculino. En contraparte, un estudio realizado por la unidad de investigación del Sur de Corea(27), nos narraba una asociación más fuerte con el sexo femenino, ya que esta investigación se realizó en hijos de ex presidiarios del sur del país. Esto se podría deber a que en el actual contexto de pandemia por COVID-19, dónde han sido afectados todos por igual, no habría diferencias en cuanto a sexo. Además, los pacientes masculinos fueron los que acudían con mayor regularidad a dichos centros de salud mental comunitarios, en aras de buscar ayuda para su trastorno.

El tener una menor edad, aumentó el riesgo de trastorno por abuso de sustancias en la muestra de adolescentes evaluada, lo cual concuerda con lo reportado por Wasserstein(28) en una ciudad rural de Serbia, donde se halló una correlación negativa estadísticamente significativa entre los síntomas por trastorno de abuso de sustancias y la edad. Sin embargo, lo encontrado no concuerda con lo reportado en adolescentes de Egipto(18), pues no se encontró diferencias significativas entre los estudiantes de diferentes edades comprendidas entre 10 y 17 años, con trastorno por abuso de sustancias. Tampoco concuerda con lo encontrado en una muestra de adolescentes de Ecuador(17), pues no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos etarios y la cantidad de síntomas de trastorno por abuso de sustancias de los adolescentes evaluados. Probablemente por las conductas de apego familiar muy vistas en nuestra comunidad, y algo que no se ve en países de otros lugares del mundo, donde la independencia psicológica y económica esta arraiga desde edades tempranas y esto conlleva a la formación del carácter desde edades precoces.

El pertenecer a un nivel educativo inferior fue un factor que se relacionó a mayor trastorno por abuso de sustancias, esto concuerda con lo evidenciado por Thomsen(29), quienes encontraron que, en adolescentes estadounidenses, se encontró asociación entre menores niveles educativos y el trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, diversos estudios reportan lo contrario, tal como lo encontrado en adolescentes de Países bajos(30), en dónde los adolescentes con niveles educativos superiores presentaban mayores niveles de trastorno por uso de sustancias, que los de los niveles inferiores. También difiere con lo reportado en un gran metaanálisis entre adolescentes costños(31), se encontró que los adolescentes con nivel educativo superior tenían mayor trastorno por consumo de sustancias y esto se asociaba significativamente con el mayor puntaje en las escalas de trastorno por consumo de sustancias. Pero esto si concuerda con lo reportado un estudio transversal realizado en adolescentes americanos(32), donde se encontró que estar en un nivel educativo inferior, fue un factor de riesgo para desarrollar trastorno por consumo de sustancias. Esta diferencia particular puede deberse a la capacidad adquisitiva que tienen por lo general los adolescentes de años superiores en contraparte a los que pertenecen a niveles educativos inferiores,

y es la que les confiere un mayor poder de adquisición de todo tipo de drogas, así como su uso y en muchos casos abuso de las mismas.

El tener una pareja estable, no aumento la probabilidad de presentar trastorno por uso de sustancias, lo cual difiere con lo reportado en un estudio en Corea(33), donde los adolescentes que tenían pareja presentaron mayor trastorno por consumo de sustancias en comparación con aquellos que no tenían pareja. Así mismo en otro estudio realizado en Noruega(34), se reportó que los adolescentes con pareja o con dificultades en sus relaciones fueron 2,6 veces más vulnerables a desencadenar trastorno por consumo de sustancias. Los resultados de esta investigación si concuerdan con lo encontrado en Egipto(35), pues en una muestra representativa de adolescentes de ese país, comprometido o soltero no aumentó, ni disminuyó el trastorno por consumo de sustancias. Dicho resultado en nuestro estudio pudo deberse al hecho de su realización en medio de la pandemia por COVID 19, ya que producto de esto, la mayoría de adolescentes se vio en la situación de encontrarse soltero al momento de responder las encuestas.

Con respecto a la sustancia mas consumida, vemos que este estudio situó al alcohol en el puesto número uno de esta lista, seguido por el tabaco y la marihuana. Algo que concuerda con lo encontrado en diversos estudios de América Latina(9,11,16), donde actualmente sigue siendo esta sustancia la de mayor consumo, así como la puerta a otro tipo de sustancias nocivas para la salud. Así pues, vimos que esta es también la sustancia que tuvo una mayor asociación significativa con respecto al trastorno de abuso de sustancias, así pues, quienes cuyo consumo de alcohol fue mayo también tuvieron mayor grado en la escala de trastornos por uso de sustancias. Algo que se mantiene en relación con lo publicado sobre adolescentes de Afganistán(36), cuya asociación es similar a la encontrada en esta investigación. Pero a su vez difiere de los resultados que arrojaron un metaanálisis que estudio a adolescentes del sur de Asia(37), en donde la asociación significativa fue con el consumo de tabaco, siendo esta la que en esa investigación tuvo una mayor asociación. Si ubicamos eso en nuestro contexto, podemos decir que en países latinoamericanos como es el Perú, la sustancia de mayor consumo es el alcohol y también la de más fácil acceso, por lo cual es atribuible su relación directa con el

grado de impulsividad y por ende su relación con el trastorno por consumo de sustancias.

Al realizar el análisis multivariado se incluyó, las variables que salieron significativas en el análisis bivariado. De esta manera se encontró que un mayor puntaje en la impulsividad se asoció significativamente a mayor grado de trastorno por consumo de sustancias, ajustado por las variables edad, sexo y consumo de alcohol, similar a un estudio realizado en nuestro país(16) donde los adolescentes que tenían un mayor nivel de impulsividad presentaban mayor grado de trastorno por consumo de sustancias; esto coincide con un estudio realizado en adolescentes de 3 centros comunitarios de Canadá(38), donde se demostró que aquellos con un mayor nivel de impulsividad tuvieron mayor grado de trastorno por consumo de sustancias. Además, en un estudio realizado en adolescentes de países bajos de Irlanda(39), se determinó que hubo una asociación directa estadísticamente significativa entre impulsividad y trastorno por consumo de sustancias, lo cual se podría haber atribuido a un bajo nivel de percepción de apoyo social por parte de familiares, amigos, y otros. Esta asociación se podría explicar debido a que, al tener una mayor impulsividad, también evidenciaría niveles altos de tendencia suicida, y también se reforzaría con lo encontrado en otra investigación, donde niveles altos de impulsividad se asociaron a altos grados de consumo de sustancias, en adolescentes coreanos del sur de Asia(33).

5.- CONCLUSIONES:

- 1) Con respecto a las características sociodemográficas, este estudio pone en evidencia que el sexo masculino en comparación al femenino, es el que más acude a centros de salud mental comunitaria en búsqueda de ayuda, lo que nos orienta a un cambio de tendencia en cuestión de abuso de drogas. Por otro lado, el grupo etario de menor rango se vio involucrado con mayor frecuencia en la asistencia a estos centros de salud mental, demostrando así que el inicio del consumo de sustancias cada vez se agudiza más en adolescentes de edad temprana. Y, como ya se ha visto en países subdesarrollados, en su mayoría son adolescentes pertenecientes a zonas rurales y con un nivel educativo por debajo de la media.

- 2) El alcohol fue la sustancia más consumida por los adolescentes de esta población, siendo también la que tuvo mayor asociación directamente proporcional con el trastorno de abuso de sustancias grave.
- 3) Dentro de las condiciones que se asociaron de manera significativa ($p < 0.05$) con la variable principal trastorno por consumo de sustancias se concluyó que el sexo masculino, menor edad, ser consumidor de alcohol, y un mayor puntaje en el cuestionario de impulsividad se vieron involucrado de manera directa con dicha variable.
- 4) Con respecto al objetivo principal de este estudio, relacionar impulsividad con trastorno por consumo de sustancias, resolvemos que existe una asociación directamente proporcional (coeficiente: $+0.007$ IC: $0.008 - 0.004$) entre dichas variables, explicado como que un mayor puntaje en el cuestionario de impulsividad de Barrat esta relacionado con mayor grado de trastorno por consumo de sustancias.

6.- RECOMENDACIONES

- 1) Fomentar estrategias dirigidas a la población escolar sobre control de impulsos, manejos conductuales, mecanismos de afrontamiento y educación emocional.
- 2) Incentivar la formación de grupos de ayuda mutua, en los centros de salud mental comunitarios para lograr la rehabilitación de personas con trastorno por uso de sustancias e impulsividad.
- 3) Implementar actividades en terapia ocupacional dirigidos a esta población con problemas de trastorno de uso de sustancias e impulsividad
- 4) La implementación de más centros especializados para el tratamiento y rehabilitación de pacientes con impulsividad y trastorno por uso de sustancia

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1783–93.
2. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso MAM, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;17(5):313–20.

3. Patros CHG, Alderson RM, Kasper LJ, Tarle SJ, Lea SE, Hudec KL. Choice-impulsivity in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2016;43:162–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.001>
4. Gökçe S, Yusufoglu C, Akin E, Ayaz M. Dikkat-eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tanısı konan ergenlerde cinsiyet farklılıklarının dürtüsellik üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyat Derg*. 2017;18(4):379–86.
5. Dalley JW, Robbins TW. Fractionating impulsivity: Neuropsychiatric implications. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2017;18(3):158–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn.2017.8>
6. Kulacaoglu F, Kose S. Singing under the impulsiveness: Impulsivity in psychiatric disorders. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2018;28(2):205–10.
7. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz N-N, Lochbühler K, Kraus L. The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;
8. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018;113(10):1905–26.
9. Moss HB, Chen CM, Yi H ye. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014;136(1):51–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.011>
10. Wolitzky-Taylor K, Sewart A, Vrshek-Schallhorn S, Zinbarg R, Mineka S, Hammen C, et al. The Effects of Childhood and Adolescent Adversity on Substance Use Disorders and Poor Health in Early Adulthood. *J Youth Adolesc*. 2017;46(1):15–27.
11. Garofoli M. Adolescent Substance Abuse. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2020;47(2):383–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.013>

12. Couwenbergh C, Van Den Brink W, Zwart K, Vreugdenhil C, Van Wijngaarden-Cremers P, Van Der Gaag RJ. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: A review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(6):319–28.
13. Malloy-Diniz LF, De Paula JJ, Vasconcelos AG, De Almondes KM, Pessoa R, Faria L, et al. Normative data of the barratt impulsiveness scale 11 (BIS-11) for Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(3):245–8.
14. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2009;47(5):385–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
15. Rial A, Burkhart G, Isorna M, Barreiro C, Varela J, Golpe S. Cannabis use among adolescents: Risk pattern, implications and possible explanatory variables. *Adicciones*. 2019;31(1):64–77.
16. Martínez-Loredo V, Fernández-Hermida JR, Fernández-Artamendi S, Carballo JL, García-Rodríguez O. Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *Int J Clin Heal Psychol*. 2015;15(3):274–82.
17. Martínez-Loredo V, Grande-Gosende A, Fernández-Artamendi S, Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Substance use and gambling patterns among adolescents: Differences according to gender and impulsivity. *J Gambli Stud*. 2019;35(1):63–78.
18. Charfi N, Smaoui N, Turki M, Maâlej Bouali M, Omri S, Ben Thabet J, et al. Alcohol use in adolescents and its association with sensation seeking and impulsivity: A survey in the city of Sfax, Tunisia. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2019;67(1):13–20.
19. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):39–47.

20. Hu J, Zhen S, Yu C, Zhang Q, Zhang W. Sensation seeking and online gaming addiction in adolescents: A moderated mediation model of positive affective Associations and Impulsivity. *Front Psychol.* 2017;8(MAY):1–8.
21. Canale N, Vieno A, Griffiths MD, Rubaltelli E, Santinello M. How do impulsivity traits influence problem gambling through gambling motives? The role of perceived gambling risk/benefits. *Psychol Addict Behav.* 2015;29(3):813–23.
22. Savci M. Relationship between Impulsivity, Social Media Usage and Loneliness. *Educ Process Int J.* 2016;5(2):106–15.
23. Pilatti A, Fernández C, Viola A, García JS, Pautassi RM. Reciprocal effect of impulsiveness and alcohol consumption in argentine teenagers. *Heal Addict / Salud y Drog.* 2017;17(1):107–20.
24. Riaño-Hernández D, Riquelme AG, Buela-Casal G. Conceptualization and assessment of impulsivity in adolescents: A systematic review. *Univ Psychol.* 2015;14(3):1077–90.
25. Stautz K, Dinc L, Cooper AJ. Combining Trait Models of Impulsivity to Improve Explanation of Substance Use Behaviour. *Eur J Pers.* 2017;31(1):118–32.
26. Inanlou M, Bahmani B, Farhoudian A, Rafiee F. Addiction recovery: A systematized review. *Iran J Psychiatry.* 2020;15(2):172–81.
27. Dien et al. 2013, Sheean et al. 2013. 基因的改变NIH Public Access. *Bone.* 2008;23(1):1–7.
28. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a World Beyond “ $p < 0.05$.” *Am Stat* [Internet]. 2019;73(sup1):1–19. Available from: <https://doi.org/10.1080/00031305.2018.1583913>
29. Rømer Thomsen K, Buhl Callesen M, Hesse M, Lehmann Kvamme T, Mulbjerg Pedersen M, Uffe Pedersen M, et al. Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *J Behav Addict.* 2018;7(2):317–30.
30. Wang Z, Rodriguez-Moreno D V., Cycowicz YM, Amsel L V., Cheslack-

- Postava K, He X, et al. Shapes of subcortical structures in adolescents with and without familial history of substance use disorder. *Hum Brain Mapp.* 2022;(November 2021):2759–70.
31. Mejía D, Avila-Chauvet L, Toledo-Fernández A. Decision-Making Under Risk and Uncertainty by Substance Abusers and Healthy Controls. *Front Psychiatry.* 2022;12(January):1–11.
 32. Karlsson AT, Vederhus JK, Clausen T, Weimand B, Solli KK, Tanum L. Levels of impulsivity, hyperactivity, and inattention and the association with mental health and substance use severity in opioid-dependent patients seeking treatment with extended-release naltrexone. *J Clin Med.* 2021;10(19).
 33. Luo D, Tan L, Shen D, Gao Z, Yu LM, Lai M, et al. Characteristics of depression, anxiety, impulsivity, and aggression among various types of drug users and factors for developing severe depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022;22(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03933-z>
 34. Kaiser AJ, Bonsu JA, Charnigo RJ, Milich RA, Lynam DR. Impulsive Personality and Alcohol Use : *J Stud Alcohol Drugs.* 2016;77(3):473–82.
 35. Adams ZW, Kaiser AJ, Lynam DR, Charnigo RJ, Milich R. Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addict Behav.* 2012;37(7):848–55.
 36. Hildebrandt MK, Dieterich R, Endrass T. Disentangling substance use and related problems: urgency predicts substance-related problems beyond the degree of use. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):1–10.
 37. Nuno J, Carvalho C, Serrão MP, Coelho R, Braga MF, Augusta M, et al. Catechol - O - methyltransferase activity in individuals with substance use disorders: a case control study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022;1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04068-x>
 38. Müller SM, Wegmann E, Arías MG, Brotóns EB, Giráldez CM, Brand M.

Decision Making and Risk Propensity in Individuals with Tendencies towards Specific Internet-Use Disorders. *Brain Sci.* 2022;12(2).

39. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–15.

8. Anexos

8.1 ANEXO 1: SOLICITUD DE PERMISO

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Piura, 16 de Julio del 2020.

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZACIÓN DE
ENCUESTAS EN LOS CENTROS DE SALUD
MENTAL COMUNITARIOS DE LA U.E 400.**

Dr. Carlos Alberto Gutarra Cuadros
Director Ejecutivo de Intervención Sanitaria Integral
Dirección Regional de Salud Piura

Atencion: Lic. Flor de María Suarez Miranda
Coordinadora Regional de Salud Mental

Yo, Elvira del Carmen Neira Suarez, con DNI 72144644 alumna del XI ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, solicito permiso para la realización de encuestas en los Centros de Salud Mental Comunitarios de la Sub Región Piura Sechura en el contexto de la realización de su proyecto de tesis titulado: **“Asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitario Piura 2020”**

Este es un estudio prospectivo cuyo objetivo principal de investigación: Determinar la asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitario Piura 2020, con la escala de impulsividad de Barratt.

Sin más que decir, espero atienda mi solicitud.

Atentamente,

8.2. Instrumento de recolección de datos

Asociación entre impulsividad y trastorno por uso de sustancias en adolescentes consultantes de Centros de Salud Mental Comunitarios de Piura 2020.

Nº

1 Generalidades:

DNI: _____

Número de HC: _____

Fecha: ____ - ____ - ____

1. Edad (indicar años cumplidos): _____ años

2. Sexo: Hombre Mujer

3. Zona de Procedencia: zona urbana zona rural

4. Nivel educativo:

analfabeto/primaria incompleta

primaria completa

secundaria completa

5. ¿Tiene pareja sentimental o amorosa actualmente?: Si No

6. A ser llenado por el investigador, Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias:

Si No

(Revisar historia clínica del participante)

Nivel : LEVE___ MODERADO___ GRAVE___

Si presenta diagnóstico, indicar el tipo de sustancia consumida: _____

2.- Evaluación de la impulsividad

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguno de los ítems. Responda rápida y honestamente.

Entrevistador: Lea cada oración al consultante y marque la respuesta. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

	Rara mente o nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A Menudo (3)	Siempre o Casi siempre (4)
1.- Planifico mis tareas con cuidado				
2.-Hago las cosas sin pensarlas				
3.-Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4.- Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis, pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5.- Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6.- Soy una persona con autocontrol				
7.- Me concentro con facilidad				
8.- Ahorro con regularidad				
9.- Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10.- Pienso las cosas cuidadosamente				
11.-Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gatos)(planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12.-Digo las cosas sin pensarlas				
13.-Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14.- Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15.- Actuó impulsivamente				
16.- Me aburre pensar en algo demasiado tiempo				
17.- Visito al médico y al dentista con regularidad				

18.- Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19.- soy una persona que piensa sin distraerse(puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20.- cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21.- Compro cosas impulsivamente				
22.- Yo termino lo que empiezo				
23.- Camino y me muevo con rapidez				
24.- Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25.- Gasto más dinero de lo que tengo / de lo que gano				
26.- Hablo Rápido				
27.- Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28.-Me interesa más el presente que el futuro				
29.- Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30.- Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

PUNTAJE TOTAL: _____ puntos

8.3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del estudio: Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio de investigación clínica: **“ASOCIACIÓN ENTRE IMPULSIVIDAD Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES CONSULTANTES DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS, 2020”**. Es un estudio observacional cuyo propósito es evaluar qué tan impulsivos son los adolescentes. Se espera que los resultados de este estudio contribuyan al conocimiento acerca de los usuarios que acuden a los centros de salud mental comunitarios y ayuden a prevenir conductas de alto riesgo sobre todo las de consumo de sustancias psicoactivas.

Procedimientos: Se le solicitará su colaboración para realizar las siguientes evaluaciones y cuestionarios: 1. Datos básicos 2. Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)

Importancia del Consentimiento Informado: Toda la información que se recogerá en este estudio es muy importante para la investigadora de este trabajo. Si usted desea hacer parte del estudio hay algunas cosas que debe conocer. Mediante este consentimiento, usted decide participar en el estudio, y autoriza al investigador a aplicar las escalas clínicas mencionadas.

Participación Voluntaria: Usted acepta (o su representante acepta) participar voluntariamente en este estudio. Usted es libre de retirarse del estudio o de no autorizar la utilización de sus datos en cualquier momento y sin ninguna represalia.

Confidencialidad: Los datos obtenidos de estos cuestionarios serán usados bajo codificación y de forma anónima, para proteger su privacidad. Toda la información será manejada confidencialmente y los resultados del estudio se informarán a un grupo de forma global. En relación con los resultados del estudio se le asegura que en ningún caso se divulgarán resultados con nombres propios de los pacientes, y toda la información será expuesta en términos del análisis global de los datos obtenidos de la población. Los resultados personales se le comunicarán a usted personalmente, en caso de que usted lo solicite. No se le entregará ningún informe escrito.

Pagos y Costos para los Pacientes: Usted no tendrá que pagar por su participación en este estudio, ni recibirá compensación económica.

Consideraciones Éticas: Este protocolo de investigación se realiza bajo las condiciones estipuladas en la Declaración de Helsinki. Si usted tiene cualquier duda acerca del estudio por favor contacte a cualquiera de los investigadores.

CONSENTIMIENTO

Me han explicado la naturaleza, propósito, procedimientos, beneficios y alternativas de este estudio de investigación y su carácter confidencial. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas éstas han sido contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en participar libre y voluntariamente en este estudio de investigación. He recibido una copia de este consentimiento y entiendo que una copia firmada será conservada.

Nombre del paciente o representante: _____

Firma del paciente o representante: _____

Teléfono del paciente o representante: _____

Testigo:

Teléfono:

Fecha:

Declaración de Responsabilidad del Investigador He explicado la naturaleza, propósito, procedimientos, beneficio, riesgos y alternativas de este estudio de investigación. He ofrecido responder a cualquier pregunta que se me formuló y he respondido en su totalidad a tales preguntas. Creo que el paciente, o representante legal, comprende cabalmente mi explicación y ha dado libremente su consentimiento.

Nombre del investigador:

Teléfono del investigador:

Firma del investigador:

Fecha:
